

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1932

THÈSE

N° 329

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

Jeanne STUHL

de la Faculté de Médecine de Paris.

Interne des Hôpitaux de Paris.

née à Paris, le 10 octobre 1901

**Contribution à l'Étude
de la Cellulite abdomino-pelvienne
et à son traitement par la
Kinésithérapie gynécologique**

Président : M. J. L. FAURE, Professeur.

PARIS

JOUVE & C^{ie}, EDITEURS

15, Rue Racine, 15

1932

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1932

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

Jeanne STUHL

de la Faculté de Médecine de Paris.

Interne des Hôpitaux de Paris.

née à Paris, le 10 octobre 1901

**Contribution à l'Étude
de la Cellulite abdomino-pelvienne
et à son traitement par la
Kinésithérapie gynécologique**

Président : M. J. L. FAURE, Professeur.

PARIS

JOUVE & C^{ie}, EDITEURS

15, Rue Racine, 15

1932

LE DOYEN M. BALTHAZARD

I. — PROFESSEURS

Anatomie	ROUVIÈRE.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale.	GRÉGOIRE.
Physiologie	BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	DESGREZ.
Bactériologie	LEMIERRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	CLERC.
Pathologie chirurgicale	LENORMANT.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	LOEPER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL-LAVASTINE
Pathologie expérimentale et comparée	FLESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	Maurice VILLARET.
	{ CARNOT.
Clinique médicale	{ BEZANÇON.
	{ ACHARD.
	{ Marcel LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance	{ LEREBoullet.
Clinique des maladies des enfants	{ NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'en- céphale	{ H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	{ GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	{ GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	{ N...
	{ N...
Clinique chirurgicale	{ CUNÉO.
	{ LEJARS.
Clinique ophtalmologique	{ GOSSET.
Clinique urologique	{ TERRIEN.
	{ LEGUEU.
Clinique d'accouchements	{ COUVELAIRE.
	{ BRINDEAU.
	{ JEANNIN.
Clinique gynécologique	{ J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	{ OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	{ RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	{ LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	{ Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	{ SERGENT.
Clinique de la Tuberculose	{ Léon BERNARD.
Professeur sans chaire	{ MAUCLAIRE.
	{ MULON.

II. — AGREGES EN EXERCICE

MM.	MM.
ALAJOUANINE. Neurologie et Psychiâ- trie.	CHABROL Pathologie médicale.
AUBERTIN Pathologie médicale.	CHAILLEY- BERT Physiologie.
BÉNARD (Henri) Pathologie médicale.	CHEVALLIER . Pathologie médicale.
BROCQ Pathologie chirurgicale.	DOGNON Physique.
BRULÉ Pathologie médicale.	DONZELOT ... Pathologie médicale.
BUSQUET Pharmacologie.	ECALLE Obstétrique.
CADÉMAT Pathologie chirurgicale.	FEY Urologie.
CATHALA Pathologie médicale.	



II. — AGREGES EN EXERCICE (Suite).

MM.	
GASTINEL	Bactériologie.
GATELLIER ...	Pathologie chirurgicale.
DE GAUDART	
D'ALLAINES.	Pathologie chirurgicale.
GIROUD	Histologie.
HARVIER	Pathologie médicale.
HAZARD	Pharmacologie.
HOVELACQUE..	Anatomie.
HUGUENIN ...	Anatomie.
HUTINEL	Pathologie médicale.
JOANNON	Hygiène.
JOYEUX	Parasitologie.
LABBÉ (Henri)..	Chimie biologique.
LAROCHE (Guy)	Pathologie médicale.
LEMAITRE	Oto-rhino-laryngologie.
LEROUX	Anatomie pathologique.
LEVEUF	Pathologie chirurgicale.
LIAN	Pathologie médicale.
MERCIER (Fern.)	Pharmacologie.
MONDOR	Pathologie chirurgicale.
MOREAU	Pathologie médicale.

MM.	
MOULONGUET.	Pathologie chirurgicale.
MOURE	Pathologie chirurgicale.
OBERLING	Anatomie pathologique.
OLIVIER	Anatomie.
PIÉDELIEVRE..	Médecine légale.
PORTES	Obstétrique.
QUÉNU	Pathologie chirurgicale.
RICHET Fils ..	Physiologie.
SANNIÉ	Chimie biologique.
SEZARY	Dermatologie et syphigraphie.
VALLERY-	
RADOT (Pasteur)	Pathologie médicale.
VAUDESCAL ..	Obstétrique.
VELTER	Ophtalmologie.
VERNE	Histologie.
VIGNES	Obstétrique.
HALPHEN	Oto-rhino-laryngologie.
TROISIER	Pathologie expérimentale.

III. — AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE pour le service des examens

MM.	
GUÉNIOT	Obstétrique.
LEQUEUX	Obstétrique.
LEROUX	Anatomie pathologique.

MM.	
NEVEU-LEMAIRE ...	Parasitologie.
RETTERRER	Histologie.
ZIMMERN	Physique.

IV. — AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE à titre permanent

MM.	
ABRAMI	Clinique médicale.
CHIRAY	Clinique médicale.
DEBRE	Clinique médicale.
DUVOIR	Clinique médicale.
BASSET	Clinique chirurgicale.
CHEVASSU	Clinique chirurgicale.
HEITZ-BOYER.	Clinique chirurgicale.

MM.	
MATHIEU	Clinique chirurgicale.
MOCQUOT	Clinique chirurgicale.
PROUST	Clinique chirurgicale.
SCHWARTZ ...	Clinique chirurgicale.
LE LORIER ...	Clinique obstétricale.
LÉVY-SOLAL ..	Clinique obstétricale.
METZGER . . .	Clinique obstétricale.

V. — CHARGES DE COURS

MM. MAUCLAIRE. professeur sans chaire. Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.

FREY : Stomatologie.

CHAILLEY-BERT, agrégé : Education physique.

LEDOUX-LEBARD : Radiologie clinique.

WEILL-HALLE : Puericulture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

A LA MEMOIRE DE MON PERE

A MA FAMILLE

A MES AMIS

A MON MAITRE ET PRESIDENT DE THESE

MONSIEUR LE PROFESSEUR J. L. FAURE

Professeur de Clinique gynécologique
à la Faculté de Médecine de Paris
Chirurgien de l'Hôpital Broca
Membre de l'Académie de Médecine
Commandeur de la Légion d'Honneur

*qui m'a fait le très grand honneur
d'accepter la présidence de cette
thèse et dont l'enseignement me fut
précieux, en témoignage de mon
respectueux attachement.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR DOUAY

Chef des travaux gynécologiques de la Faculté

*auprès de qui j'ai beaucoup appris.
Avec nos remerciements pour la
bienveillance qu'il nous a toujours
manifestée.*

A MADEMOISELLE LE DOCTEUR MEURS

chargée de la Kinésithérapie gynécologique
à l'Hôpital Broca

*qui m'a donné pour ce travail de
précieux conseils.*

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

Stage 1921-1924

MONSIEUR LE PROFESSEUR WIDAL (in memoriam)
MONSIEUR LE PROFESSEUR DELBET
MONSIEUR LE DOCTEUR SCHWARTZ

Externat 1924-1928

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ AUVRAY
MONSIEUR LE DOCTEUR MILHIT
MONSIEUR LE DOCTEUR VINCENT
MONSIEUR LE DOCTEUR HALLÉ
MONSIEUR LE DOCTEUR LESNÉ
MONSIEUR LE DOCTEUR RIBIERRE (in memoriam)

Internat 1928-1932

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ HUTINEL
MONSIEUR LE DOCTEUR LEVANT
MONSIEUR LE PROFESSEUR J. L. FAURE
MONSIEUR LE DOCTEUR MILHIT

INTRODUCTION

La question de la cellulite est actuellement à l'ordre du jour. Nous n'aurons en vue dans cette étude qu'une forme bien spéciale : la cellulite abdomino-pelvienne.

Nous nous efforcerons de montrer qu'elle joue un rôle capital dans certaines affectations chroniques de l'appareil génital de la femme. Nous verrons l'importance au double point de vue étiologique et évolutif,

d'une part : des troubles circulatoires et de la stase pelvienne,

d'autre part : de l'infection si fréquente et si souvent réveillée au niveau du tractus génital.

Nous insisterons sur les modifications anatomiques et sur les troubles fonctionnels qu'elles entraînent.

Souvent pourtant, les lésions ne paraissent pas justifier une indication opératoire, surtout chez une femme jeune.

Nous avons été frappée, par contre, des résultats remarquables obtenus dans ces cas par le Docteur Meurs, chargée de la Kinésithérapie à l'Hôpital Broca. Elle a bien voulu nous aider de sa longue expérience sur la question et nous communiquer plu-

sieurs observations particulièrement intéressantes. Nous tenons à la remercier ici de son extrême obligeance et nous tâcherons de montrer que la Kinésithérapie gynécologique est le traitement primordial de la cellulite abdomino-pelvienne.

DEFINITION

Stapfer donnait de la cellulite la définition suivante : « œdème localisé, douloureux, apyrétique du tissu conjonctif ».

Actuellement, la définition reste exacte quant à la localisation au tissu conjonctif, aux symptômes douloureux qui l'accompagnent et à l'absence de fièvre. Mais les travaux modernes ont montré que la lésion œdémateuse n'était qu'un stade de l'affection. En s'appuyant sur les données anatomo-pathologiques, on peut définir la cellulite une « altération du tissu conjonctif interstitiel dont le premier stade est la réaction œdémateuse et dont l'aboutissant normal est la sclérose si l'on n'est pas intervenu par un traitement approprié ». Nous n'insisterons pas sur ce qu'a d'équivoque le terme même de cellulite qui semble orienter vers l'idée d'un processus infectieux en évolution. Certains auteurs (Condamin, de Lyon, en particulier), suggèrent de lui substituer le terme de fibro-conjonctivite qui impliquerait d'emblée la marche évolutive normale de la lésion vers la transformation fibro-plastique sclérogène.

Les altérations qui caractérisent la cellulite peuvent se rencontrer dans toutes les parties du corps. Nous n'aurons en vue ici que les lésions du tissu cellulaire du petit bassin et de la paroi abdominale de la femme; ces deux localisations étant fréquemment associées.

HISTORIQUE

Ce sont les masseurs suédois qui, les premiers, ont signalé et soigné une affection douloureuse, caractérisée par des noyaux durs et douloureux dans les diverses régions du tissu adipeux, dans les mailles conjonctives; les insertions tendineuses et aponévroses des muscles du corps. Il faut citer les noms de Helleday, Helschen, Norstrom, Kleen, Josephson, qui, étudiant le massage dans sa thèse inaugurale, parla de la cellulite sous-cutanée abdominale et de la cellulite d'autres régions du corps.

C'est K. Viderstrom, doctoresse suédoise, qui en 1891 mentionne pour la première fois la cellulite pelvienne. En France, jusqu'à cette date, l'existence de cette affection était remarquée par beaucoup de cliniciens, mais l'explication de son origine et surtout le rôle du tissu conjonctif étaient présentés de manières très différentes.

Gendrin, Nonat (1850), Valleix étudièrent longuement les inflammations péri-utérines et localisèrent les collections séreuses ou purulentes qui se déve-

loppent au voisinage de l'utérus et autour de l'isthme, dans le tissu cellulaire entre les deux feuillets du ligament large.

Bernutz et Goupil refusent toute espèce de rôle au tissu cellulaire et prétendent que l'inflammation péri-utérine doit être attribuée sans exception à des inflammations du péritoine pelvien péri-utérin (pelvi-péritonite).

Aran (Maladies de l'utérus 1852) accorde, au contraire, une part prépondérante au tissu cellulaire dans l'inflammation péri-utérine et réfute la théorie précédente.

Mais c'est Stapfer en 1893 qui parle le premier en France des cellulites, montre que cette affection n'est pas une entité morbide, en fait un syndrome commun des maladies des femmes. Il s'attache à prouver que la cellulite sous-cutanée n'est qu'une variété de la cellulite gynécologique, qu'il n'y a pas de chronicité génitale sans cellulite, et que la nomenclature des traités de Gynécologie est encombrée de termes qui caractérisent une seule et même manifestation morbide : la cellulite. Il propose de réunir toutes les variétés appelées para-métrites, péri-ophorites, péri-salpingites, en une seule famille : les cellulites, qui désignent un même processus pathologique.

En 1896, Richard Hœgner, en Angleterre, décrit la cellulite ou panniculite adipeuse et le myitis, complication habituelle des maladies de la femme.

En 1897, Stapfer reprend dans son Manuel pratique de Kinésithérapie gynécologique la description des

« œdèmes cellulitiques » dont il fait une pré-sclérose, simple hypothèse, ajoute-t-il, car les preuves anatomiques manquent encore.

En 1898, Geoffroy Saint-Hilaire reproduit expérimentalement les œdèmes mous du bassin, fait l'étude histologique de plusieurs pièces et est ainsi amené à définir la cellulite comme une « pré-sclérose ».

En 1899, Krikortz, Suédois, rattache la cellulite à la diathèse arthritique.

En 1901, Bralant, dans son opuscule « Maladies des femmes », considère cette infiltration séreuse comme « une sorte de rouille » qui, envahissant les ligaments leur fait perdre leur souplesse et les rend rigides.

En 1906, Stapfer dans son opuscule complémentaire du Manuel de Kinésothérapie gynécologique donne une description de la cellulite généralisée, chez la femme, à laquelle il attribue une origine abdomino-pelvienne survenant par troubles de la circulation.

En 1909, Wetterwald donne à la cellulite une ampleur particulière. Il fait de la cellulite la source de la plupart des névrites et névralgies dites sine materia. Il émet l'hypothèse que les altérations du tissu cellulaire sous-cutané sont communes à tous les arthritiques, sont accompagnées d'altérations identiques du tissu conjonctif général, ont pour origine un trouble de nutrition dont la cellulite sous-cutanée et les diverses névralgies seraient les symptômes visibles, palpables et sensibles. Il intitula son article,

paru au 2^e Congrès de Physiothérapie des médecins de langue française : « La pré-sclérose organique et son traitement manuel ».

En 1911, Lutikoff fait à Paris sa thèse inaugurale sur le traitement kinésique par la méthode de Brandt Stapfer, de la cellulite abdomino-pelvienne.

En 1912, Durey étudie les altérations chroniques du tissu cellulaire sous-cutané.

En 1913, Hanriot, dans sa thèse, expose d'une façon générale la cellulite, montrant ses rapports avec l'arthritisme et ses diverses manifestations. Il invoque les conceptions histo-physiologiques de Renault sur le rôle du tissu conjonctif, véritable milieu intérieur des échanges nutritifs. La sémiologie de l'affection, son association avec la cellulite gynécologique s'y trouvent résumées.

Puis ce sont les travaux d'Alquier, de 1917 à 1922, qui fait jouer un rôle capital dans le développement de la cellulite à l'engorgement lymphatique et aux troubles de la nutrition générale.

En 1922, thèse de Forestier sur la cellulite non pelvienne.

En 1923, Hartenberg fait un rapport sur la cellulite en général, résumant ce qui pouvait être dit sur la question.

Depuis cette époque jusqu'à nos jours, de nombreux travaux ont paru sur ce sujet.

A Lyon, Paviot et ses élèves étudient surtout la cellulite extra-génitale et insistent sur ses rapports avec les troubles hépato-digestifs.

Condamin, dans une série d'articles, met en évidence l'importance de la cellulite pelvienne en particulier de la cellulite de Douglas, « la Douglassite ».

A Paris, Mlle Hirsch, en 1928, étudie dans sa thèse la cellulite de la ménopause.

Pouliot fait paraître en 1930 un article sur la cellulite pelvienne et son traitement.

En 1931, Guy-Laroche et Mlle Meurs publient un article sur la cellulite en général et son traitement.

Cet historique de la question des cellulites conduit à conclure qu'il existe un lien entre les nodosités, les empâtements pétris et malaxés empiriquement par les Suédois et les différentes localisations de cellulite actuellement décrites.

Alquier fait remarquer que l'existence de la cellulite a pu être mise en doute par quelques chirurgiens ayant incisé des empâtements qu'ils prenaient pour des tumeurs sans rien rencontrer.

A l'autopsie non plus il n'en reste plus trace, « la mort, succédant en général à une dénutrition même courte n'en laisse plus trace ». Ces nodosités sont en grande partie de constitution liquide cellulaire, et la turgescence vasculaire tombée après la mort, les derniers vestiges en disparaissent sur le cadavre ».

ANATOMIE-PATHOLOGIQUE

Pour Stapfer, le caractère anatomo-pathologique essentiel de la cellulite est « la dilatation des veines

et le resserrement des artères altérées ou non, avec infiltration péri-vasculaire diffuse ou localisée, puis épaissement du tissu conjonctif formant des tuméfactions de volume variable ».

C'est à Geoffroy Saint-Hilaire que nous devons les premières données anatomo-pathologiques. De l'étude des pièces prélevées après opérations; des expériences qu'il a pratiquées post mortem, il conclut à deux types d'œdèmes :

Œdèmes séreux, simple trouble de fonction, et *œdèmes fibro-plastiques*, qui accompagnent ou précèdent les affections de l'ovaire, trompe et utérus.

Leur consistance change comme leur volume d'un jour à l'autre, expliquant les erreurs de diagnostic.

L'examen histologique lui a montré la sclérose envahissant le tissu conjonctif autour des organes génitaux.

Il identifie les noyaux cellulitiques observés dans l'épaisseur de la paroi abdominale, aux formations cellulitiques du bassin, se basant sur la clinique et les résultats thérapeutiques.

Cette distinction entre œdème séreux, simple trouble de fonction et œdème fibro-plastique est artificielle. Les travaux modernes vont montrer que ce ne sont là que différents stades d'une même affection — la cellulite — et nous verrons toute l'importance thérapeutique de cette notion évolutive.

R. Stockmann, de Glaskow a fait porter ses recherches histologiques spécialement sur les œdèmes divers, produits ainsi qu'on le dit en Angleterre et en

Allemagne, par le rhumatisme chronique. Il illustre sa monographie de coupes qui paraissent bien répondre à des noyaux de cellulite, comme le fait remarquer Wetterwald.

C'est une coupe de périmysium enflammé, formant une tuméfaction douloureuse au niveau d'un muscle, constituée par un tissu fibreux proliféré et œmémateux qui pénètre par places entre les fibres musculaires.

C'est ensuite la coupe d'un nodule fibreux strié de la peau, montrant de la péri et endartérite et de nombreux vaisseaux sanguins néoformés. Le tissu conjonctif périvasculaire participe à ce processus légèrement inflammatoire.

Nous insisterons sur les travaux de Lagèze qui, dans le service du Docteur Paviot à Lyon, fait dans une série de biopsies, un examen histologique précis des lésions observées aux différents stades de l'évolution de l'infiltrat jeune, — mou — crépitant, vers l'organisation progressive et la transformation définitive en tissu fibreux.

Nous résumons ici les résultats qu'il apporte dans sa thèse. (Sciatique et infiltrats cellulagiques, Lyon, 1929).

La lésion première semble être une vaso-dilatation simple des petits vaisseaux dans le tissu conjonctif et les espaces interstitiels. Cette vaso-dilatation caractérise la phase congestive au cours de laquelle aucune lésion nette ne peut être mise en évidence. Nous en verrons pourtant toute l'importance dans la cellulite pelvienne de la femme.

Puis survient la phase exsudative. La vaso-dilatation persiste et s'accuse encore; elle s'accompagne alors d'un exsudat presque uniquement plasmatique sans diapédèse. Il dissocie les travées conjonctives et s'infiltré entre les faisceaux connectifs du tissu cellulaire.

Enfin c'est la phase d'organisation, qui peut manquer. Traité par le massage, en effet, cet exsudat peut se résorber complètement. Mais abandonnés à leur évolution naturelle, les infiltrats vont s'organiser. Lagèze insiste sur la grande pauvreté en cellules inflammatoires de ce tissu de remaniement, qui contraste avec l'abondance de ces éléments dans les inflammations communes. Les ramuscules nerveux du tissu conjonctif n'échappent pas à ce processus. On voit des exsudats dans l'endonèvre bridés par le péri-nèvre, refouler les filets nerveux, et, les tirailler avant de s'organiser eux aussi comme les exsudats voisins.

Le terme ultime de ce processus est la phase fibreuse cicatricielle. Le nodule fibreux se trouve réalisé par régression presque totale du tissu adipeux. Les coupes présentent alors un tissu scléreux dont les faisceaux sont étroitement unis, et dont les interstices ont pour la plupart disparu. Les vaisseaux sanguins du nodule présentent alors des lésions assez nettes d'endartérite et de périartérite. On conçoit que de tels nodules ne soient plus susceptibles de régression ou tout au moins que celle-ci soit très limitée.

RAPPEL ANATOMIQUE ET PHYSIOLOGIQUE

Pour bien comprendre le développement et l'évolution de la cellulite pelvienne, un rappel anatomique et physiologique est nécessaire.

Grâce aux recherches anatomiques consistant à faire des injections coagulantes dans les diverses zones pelviennes sous-péritonéales, la topographie du tissu conjonctif lâche du bassin est assez facilement mise en évidence. C'est ainsi que l'on constate l'existence tout autour de l'utérus, d'un tissu conjonctif formant une série de lacs qui communiquent les uns avec les autres. Le tissu conjonctif du ligament large communiquera non seulement entre sa base et sa portion sous-tubaire, mais encore avec celui du côté opposé en suivant la gaine conjonctive ou rétro-cervicale. En avant, l'espace sous-séreux para-vésical communique avec la cavité pré-péritonéale de Retzius. De même, l'espace sous-péritonéal para-utérin communique tout le long du ligament rond avec la région située au-dessus du ligament de Poupart et par ces interstices avec la cavité pré-péritonéale.

Plus en arrière encore et toujours latéralement, dans la zone dénommée para-Douglas, on trouve une couche de tissu conjonctif qui, en arrière va s'ouvrir

sous le cœcum, sous l'S iliaque pour remonter jusqu'aux reins, et en avant s'insinue sous les ligaments larges.

Mais surtout sont importantes les condensations du tissu fibro-conjonctif de la ligne médiane qui forment normalement des anneaux souples et lâches autour du col vésical et du col utérin.

Ces derniers présentent des renforcements : en avant dans la direction de la vessie, latéralement avec l'espace similaire de la base du ligament large, et en arrière où elle se continue avec cette zone conjonctive fondamentale, du Douglas des gynécologues. Elle comprend tout le tissu conjonctif situé entre la muqueuse vaginale du cul-de-sac postérieur et le péritoine rétro-utérin et inter-utéro-rectal. Elle est limitée latéralement par les ligaments utéro-sacrés, qui ne sont que du tissu cellulaire condensé et différencié, sous lesquels elle passe pour entrer dans la région du para-Douglas.

En profondeur, elle comble tout l'espace situé entre la paroi postérieure du col utérin et la partie correspondante du rectum.

Enfin en arrière du rectum se trouve une zone conjonctive riche en vaisseaux et filets nerveux.

Ce tissu cellulaire lâche si abondamment développé a une fonction de soutienement des organes génitaux indiscutable, précisément en raison directe de sa souplesse, de son élasticité, laissant ainsi à l'utérus une certaine mobilité, indispensable à son fonctionnement physiologique normal. On peut donc en-

trevoir les conséquences de la perte de ces qualités essentielles, dans la cellulite pelvienne à son stade évolutif terminal, qui est sa transformation en tissu fibreux.

Or, toute cette région est richement irriguée, nous ne rappellerons pas le dispositif vasculaire, mais nous insisterons sur le développement des plexus veineux formant un réservoir dont le volume est beaucoup plus important que celui du réservoir artériel — ce qui est capital au point de vue des conditions locales de la circulation. — Il est constitué par des vaisseaux qui communiquent largement entre eux soit du même côté, soit d'un côté à l'autre, créant ainsi une solidarité veineuse fonctionnelle entre les différents éléments de l'appareil génital d'une part, et les organes voisins, vessie et rectum d'autre part.

Quand, dans ce territoire vasculaire complexe, la circulation est normale et les organes génitaux indemnes, l'écoulement menstruel apparaît tous les 28 jours.

Mais nous devons insister sur un phénomène dont nous verrons l'importance comme facteur favorisant le cellulite : nous voulons parler des fluctuations normales que subit la circulation du sang au niveau des organes génitaux mises en évidence par Stapfer sous le nom de « Vagues utéro-ovariennes ».

L'observation clinique suffit à les mettre en évidence. — Si, en effet, on examine une femme génitalement saine aux différents stades du cycle menstruel, on constate qu'au début des règles le volume

de l'utérus est relativement réduit, puis il augmente insensiblement de volume jusqu'au huitième jour environ pour atteindre ensuite assez rapidement, en trois ou quatre jours, un volume qui est parfois le double de son volume initial. A ce moment il est mollassé, offre une consistance pâteuse qui traduit son engorgement, et sa mobilité est diminuée. C'est le premier molimen caractérisé par « congestion passive, engorgement, stase, œdème » selon les expressions de Stapfer. Puis à nouveau, le volume de l'utérus diminue par diminution de la stase veineuse et accélération du flux artériel, et on arrive ainsi le quinzième jour après le début des règles au culmen de la première vague. Puis une deuxième vague apparaît qui aboutit à un deuxième molimen du 20 au 22^e jour après le début des règles. Dès le 23^e ou 24^e jour, cette nouvelle poussée congestive passive disparaît à son tour, l'utérus diminue de volume et le culmen de la deuxième vague est ainsi atteint le 26^e ou 27^e jour et les premiers jours de l'écoulement menstruel. C'est le grand culmen de la vague, le moment où l'utérus présente son maximum de décongestion et de tonus musculaires avec minimum de volume. Le cycle recommence alors le mois suivant. Ce phénomène des vagues porte d'ailleurs non seulement sur l'utérus, mais sur tout le tractus génital. Aux molimens, c'est en réalité tout le contenu du pelvis qui apparaît congestionné, engorgé; inversement aux culmens, annexes, appareil ligamentaire, musculature sont dégagés comme l'utérus lui-même.

On a beaucoup discuté sur l'origine de ces vagues utéro-annexielles. En réalité, il semble qu'elles traduisent au niveau de l'appareil génital les phénomènes congestifs qui accompagnent la maturation du follicule ou la préparation de la muqueuse utérine à la nidation.

Elles sont l'équivalent au niveau de l'ovaire ou de l'utérus des phénomènes circulatoires qui se produisent dans toute glande qui secrète ou dans tout muscle qui fonctionne. Mais au lieu de se produire à intervalles rapprochés comme cela a lieu pour les glandes salivaires ou les glandes de l'estomac, ici, le rythme allant à la mesure des processus d'ovulation ou de menstruation se développe beaucoup plus lentement, et revient seulement deux fois au cours du cycle menstruel. Comme les autres actes de la vie viscérale, ces vagues utéro-ovariennes passent pour ainsi dire inaperçues chez la femme saine et bien portante. Nous en verrons, au contraire, toute l'importance chez la femme dont les organes génitaux sont altérés, le drainage circulatoire défectueux et en particulier leur rôle dans l'évolution de la cellulite pelvienne.

Il semble bien, d'ailleurs, que ces phénomènes se produisent par l'intermédiaire du sympathique. Nous en verrons l'intérêt quand nous envisagerons la thérapeutique de la cellulite pelvienne par le massage gynécologique.

ETIOLOGIE

I. *Dans la cellulite des autres parties du corps*, on invoque avant tout des causes d'ordre général. L'élément diathésique y apparaît comme capital et les auteurs s'accordent à la classer comme une manifestation fréquente de l'arthritisme. Comme chez les gouteux, on trouve dans leur sang avec une singulière fréquence, une augmentation du taux de l'acide urique, de l'acide oxalique, de la cholestérine, isolée ou associée selon les cas.

On insiste également sur la fréquence des troubles hépatiques aboutissant à une véritable auto-intoxication avec nutrition cellulaire défectueuse.

La notion d'infection lente à évolution torpide est également invoquée. Hartenberg insiste dans son rapport sur la cellulite, sur le rôle des inflammations chroniques du rhino-pharynx, et même de simples foyers dentaires, pour expliquer les cellulites de la tête et du cou. Les auteurs modernes insistent avec Guy Laroche sur la fréquence des foyers infectieux à point de départ intestinal, en particulier de l'entérocolite acide avec fermentation. D'après les travaux d'Achard et de ses élèves, la stase des liquides interstitiels serait produite par l'affluence des éléments microbiens, de leurs toxines, des déchets cellulaires et

par l'existence d'un trouble physico-chimique dans la constitution des exsudats. Pour Govaërts, les œdèmes inflammatoires seraient d'autant plus prononcés que l'altération des capillaires serait plus grande. Ceux-ci se laisseraient traverser par des protéines à grosses molécules et on trouverait dans l'exsudat les albumines, et le fibrinogène qui joue un rôle capital dans la formation des adhérences.

Bref, la capillarite due elle-même à l'intervention microbienne serait la cause primitive; la cellulite apparaîtrait ensuite sous l'effet de la stase circulatoire, de la diminution de la pression osmotique des protéines et de leur accumulation dans les liquides interstitiels.

Mademoiselle Hirsch, dans sa thèse, insiste sur le déséquilibre neuro-glandulaire avec modification de l'équilibre humoral favorisant l'éclosion de la cellulite au moment de la ménopause.

Alquier assimile la cellulite à une lymphangite atténuée sans rougeur ni chaleur, l'infiltration cellulitique finissant par créer de véritables barrages sur les voies de drainage lymphatique, caractérisés par l'extension de l'infiltrat à tout le territoire lymphatique tributaire des voies obstruées, et par l'œdème de stase lymphatique.

Ainsi, *notion de terrain* : souche arthritique, déséquilibre neuro-glandulaire auxquels il faut ajouter le surmenage, les émotions, l'excitation nerveuse permanente entretenue par la vie des grandes villes, la vie sédentaire, toutes causes favorisant la mau-

vaise nutrition cellulaire par auto-intoxication et altérations hépatiques.

D'autre part, *notion de toxi-infection*, d'origine exogène, ayant pour point de départ un foyer d'infection atténué, et entraînant l'altération des capillaires.

Enfin, *ajoutons un facteur local* tel que cicatrice opératoire ou tout autre traumatisme fixant la cellulite en une zone particulière. Tel apparaît actuellement l'ensemble des causes se combinant d'une manière plus ou moins complexe pour aboutir au développement de la cellulite « processus réactionnel du tissu conjonctif interstitiel provoqué par des toxines irritantes, corculant dans les espaces lymphatiques, débutant par la stase pour aboutir à l'hyperplasie et à la sclérose » (Hartenberg).

II. Dans la *cellulite pelvienne* comme dans les autres localisations, l'élément diathésique, les troubles nutritifs ou endocriniens peuvent être invoqués. Mais plus encore que dans toute autre localisation, le foyer infectieux initial apparaît comme fréquent. Il est bien entendu que, telle que nous l'avons définie, la cellulite est une infection chronique évoluant sans fièvre. Mais en règle générale, ainsi que le montre l'observation clinique, une femme atteinte de cellulite pelvienne a un passé génital pathologique. On retrouve souvent dans ses antécédents une notion d'atteinte infectieuse antérieure : fausse couche, métrite, crises de salpingite aiguë ou subaiguë, accouchements difficiles, forceps avec déchirure du col. Ces foyers

latents, métritiques ou salpingiens particulièrement tenaces, seront susceptibles de se réveiller sous de multiples influences : fatigue, constipation, fausses couches nouvelles, curetages, constituant un facteur d'entretien de la cellulite.

Sous l'influence d'un traitement approprié, l'élément infectieux s'atténue et peu disparaître complètement; la cellulite pourtant persistera et évoluera. C'est que dans la cellulite pelvienne un élément capital doit être mis au premier plan, c'est l'élément circulatoire.

Nous avons insisté à dessein sur la richesse des plexus veineux utéro-ovariens, sur ses anastomoses nombreuses avec la circulation veineuse de la vessie et du rectum. Or pendant toute la vie génitale de la femme ce riche réseau vasculaire sera soumis à des poussées congestives répétées. Ces vagues moliminaires physiologiques que nous avons décrites passent le plus souvent inaperçues chez une femme génitalement saine. Elles vont au contraire favoriser la cellulite en entretenant la stase chez la femme ayant un passé gynécologique dont le drainage circulatoire sera altéré. Nous verrons dans différentes observations (N° 6 - 7 - 8 - 9) l'influence de ces poussées moliminaires au cours d'un traitement de cellulite pelvienne.

En dehors de ces poussées congestives physiologiques, la congestion utérine de quelque nature qu'elle soit sera un facteur important de stase pelvienne donc de cellulite.

1° *Causes d'ordre général* favorisant cette congestion : constipation, vie sédentaire, intoxications répétées, rapports sexuels exagérés, abus de certains sports, tels que auto, équitation dans lesquels les organes pelviens sans cesse traumatisés réagissent en se durcissant et en créant une congestion passagère.

2° *Causes d'ordre local* : ovarite scléro-kystique et tous autres processus qui s'accompagnent d'une maturation accélérée des follicules. Congestion passive résultant de la station debout prolongée, des déviations utérines, de l'hypertension portale.

En *conclusion* : le facteur infectieux, les troubles circulatoires dominant l'étiologie de la cellulite pelvienne expliquant son évolution particulièrement rapide vers un processus sclérogène avec toutes ses conséquences.

L'élément diathésique, les troubles nutritifs et endocriniens restent, au contraire, au second plan. Ils créent pourtant un terrain favorable ainsi que nous le montrent les observations N° 9, 13, 14 : ces femmes traitées tout d'abord pour cellulite pelvienne ont présenté secondairement d'autres localisations cellulitiques.

SYMPTOMATOLOGIE

Stapfer est le premier à avoir appliqué à la cellulite abdomino-pelvienne des données sémiologiques que depuis longtemps certains praticiens (Suédois plus particulièrement) avaient constaté dans certains points du tissu conjonctif de l'organisme, sous des noms différents.

Pour rendre plus claire la description de la cellulite pelvienne et étant donné qu'elle n'est qu'une localisation spéciale, nous allons rappeler brièvement les symptômes de la cellulite envisagée en général.

Fonctionnellement, elle se traduit par des douleurs spontanées, souvent nocturnes, des sensations de constriction, d'élancements, de gêne, de tiraillements au mouvement d'intensité variable, mais pouvant même provoquer l'impotence fonctionnelle.

Les signes physiques sont révélés à l'examen manuel. On prend la peau et le tissu cellulaire sous-cutané entre les pulpes du pouce, de l'index et du médius, des deux mains placées côte à côte on soulève le pli ainsi formé et on le roule entre les doigts ainsi placés tel « un fumeur roulant son papier à cigarette » sans compression forte, et sans pincer. On détermine, d'une part une douleur plus ou moins

vive qui signe l'atteinte du tissu cellulaire, et on apprécie d'autre part, le degré des lésions.

C'est ainsi que, l'on perçoit sous les doigts tantôt un œdème ne gardant pas l'empreinte du doigt, donnant l'impression « que la peau a une doublure telle du taffetas, cassante, croquante, donnant l'illusion d'une crépitation neigeuse ». Tantôt ce sont des placards mal délimités de consistance parcheminée ou lardacée, tantôt de véritables noyaux d'induration, nodules fermes mais élastiques, de volume variable plus ou moins sensibles à la pression. Il peut exister aussi des adhérences du tissu cellulaire aux parties profondes qui se révèlent par un aspect capitonné de la peau, aspect de peau d'orange quand on la soulève pour la détacher.

Les muscles peuvent aussi présenter une infiltration diffuse molle ou dure, presque toujours douloureuse à la pression. On a signalé de même des épaissements et des indurations dans les aponévroses et le périoste.

Cette description de la cellulite en général s'applique exactement à la cellulite de la paroi abdominale si fréquemment associée à la cellulite pelvienne. Nous insisterons simplement sur le point d'appel que constitue une cicatrice opératoire après appendicectomie ou laparotomie (obs. 13) et sur son caractère souvent extrêmement douloureux. La femme ne pouvant supporter un contact un peu appuyé, tel que le port d'une ceinture, parfois même le poids du drap est intolérable pour la malade. Ces douleurs conti-

It was the "Horse and Goat" or "Horse and Goat"
which was the "Horse and Goat" or "Horse and Goat"

of the same kind as the one in the first case.

7. C. M. Smith, 1908-1910, 1912, 1914, 1916, 1918, 1920, 1922, 1924, 1926, 1928, 1930, 1932, 1934, 1936, 1938, 1940, 1942, 1944, 1946, 1948, 1950, 1952, 1954, 1956, 1958, 1960, 1962, 1964, 1966, 1968, 1970, 1972, 1974, 1976, 1978, 1980, 1982, 1984, 1986, 1988, 1990, 1992, 1994, 1996, 1998, 2000, 2002, 2004, 2006, 2008, 2010, 2012, 2014, 2016, 2018, 2020, 2022, 2024, 2026, 2028, 2030, 2032, 2034, 2036, 2038, 2040, 2042, 2044, 2046, 2048, 2050, 2052, 2054, 2056, 2058, 2060, 2062, 2064, 2066, 2068, 2070, 2072, 2074, 2076, 2078, 2080, 2082, 2084, 2086, 2088, 2090, 2092, 2094, 2096, 2098, 2100, 2102, 2104, 2106, 2108, 2110, 2112, 2114, 2116, 2118, 2120, 2122, 2124, 2126, 2128, 2130, 2132, 2134, 2136, 2138, 2140, 2142, 2144, 2146, 2148, 2150, 2152, 2154, 2156, 2158, 2160, 2162, 2164, 2166, 2168, 2170, 2172, 2174, 2176, 2178, 2180, 2182, 2184, 2186, 2188, 2190, 2192, 2194, 2196, 2198, 2200, 2202, 2204, 2206, 2208, 2210, 2212, 2214, 2216, 2218, 2220, 2222, 2224, 2226, 2228, 2230, 2232, 2234, 2236, 2238, 2240, 2242, 2244, 2246, 2248, 2250, 2252, 2254, 2256, 2258, 2260, 2262, 2264, 2266, 2268, 2270, 2272, 2274, 2276, 2278, 2280, 2282, 2284, 2286, 2288, 2290, 2292, 2294, 2296, 2298, 2300, 2302, 2304, 2306, 2308, 2310, 2312, 2314, 2316, 2318, 2320, 2322, 2324, 2326, 2328, 2330, 2332, 2334, 2336, 2338, 2340, 2342, 2344, 2346, 2348, 2350, 2352, 2354, 2356, 2358, 2360, 2362, 2364, 2366, 2368, 2370, 2372, 2374, 2376, 2378, 2380, 2382, 2384, 2386, 2388, 2390, 2392, 2394, 2396, 2398, 2400, 2402, 2404, 2406, 2408, 2410, 2412, 2414, 2416, 2418, 2420, 2422, 2424, 2426, 2428, 2430, 2432, 2434, 2436, 2438, 2440, 2442, 2444, 2446, 2448, 2450, 2452, 2454, 2456, 2458, 2460, 2462, 2464, 2466, 2468, 2470, 2472, 2474, 2476, 2478, 2480, 2482, 2484, 2486, 2488, 2490, 2492, 2494, 2496, 2498, 2500, 2502, 2504, 2506, 2508, 2510, 2512, 2514, 2516, 2518, 2520, 2522, 2524, 2526, 2528, 2530, 2532, 2534, 2536, 2538, 2540, 2542, 2544, 2546, 2548, 2550, 2552, 2554, 2556, 2558, 2560, 2562, 2564, 2566, 2568, 2570, 2572, 2574, 2576, 2578, 2580, 2582, 2584, 2586, 2588, 2590, 2592, 2594, 2596, 2598, 2600, 2602, 2604, 2606, 2608, 2610, 2612, 2614, 2616, 2618, 2620, 2622, 2624, 2626, 2628, 2630, 2632, 2634, 2636, 2638, 2640, 2642, 2644, 2646, 2648, 2650, 2652, 2654, 2656, 2658, 2660, 2662, 2664, 2666, 2668, 2670, 2672, 2674, 2676, 2678, 2680, 2682, 2684, 2686, 2688, 2690, 2692, 2694, 2696, 2698, 2700, 2702, 2704, 2706, 2708, 2710, 2712, 2714, 2716, 2718, 2720, 2722, 2724, 2726, 2728, 2730, 2732, 2734, 2736, 2738, 2740, 2742, 2744, 2746, 2748, 2750, 2752, 2754, 2756, 2758, 2760, 2762, 2764, 2766, 2768, 2770, 2772, 2774, 2776, 2778, 2780, 2782, 2784, 2786, 2788, 2790, 2792, 2794, 2796, 2798, 2800, 2802, 2804, 2806, 2808, 2810, 2812, 2814, 2816, 2818, 2820, 2822, 2824, 2826, 2828, 2830, 2832, 2834, 2836, 2838, 2840, 2842, 2844, 2846, 2848, 2850, 2852, 2854, 2856, 2858, 2860, 2862, 2864, 2866, 2868, 2870, 2872, 2874, 2876, 2878, 2880, 2882, 2884, 2886, 2888, 2890, 2892, 2894, 2896, 2898, 2900, 2902, 2904, 2906, 2908, 2910, 2912, 2914, 2916, 2918, 2920, 2922, 2924, 2926, 2928, 2930, 2932, 2934, 2936, 2938, 2940, 2942, 2944, 2946, 2948, 2950, 2952, 2954, 2956, 2958, 2960, 2962, 2964, 2966, 2968, 2970, 2972, 2974, 2976, 2978, 2980, 2982, 2984, 2986, 2988, 2990, 2992, 2994, 2996, 2998, 3000, 3002, 3004, 3006, 3008, 3010, 3012, 3014, 3016, 3018, 3020, 3022, 3024, 3026, 3028, 3030, 3032, 3034, 3036, 3038, 3040, 3042, 3044, 3046, 3048, 3050, 3052, 3054, 3056, 3058, 3060, 3062, 3064, 3066, 3068, 3070, 3072, 3074, 3076, 3078, 3080, 3082, 3084, 3086, 3088, 3090, 3092, 3094, 3096, 3098, 3100, 3102, 3104, 3106, 3108, 3110, 3112, 3114, 3116, 3118, 3120, 3122, 3124, 3126, 3128, 3130, 3132, 3134, 3136, 3138, 3140, 3142, 3144, 3146, 3148, 3150, 3152, 3154, 3156, 3158, 3160, 3162, 3164, 3166, 3168, 3170, 3172, 3174, 3176, 3178, 3180, 3182, 3184, 3186, 3188, 3190, 3192, 3194, 3196, 3198, 3200, 3202, 3204, 3206, 3208, 3210, 3212, 3214, 3216, 3218, 3220, 3222, 3224, 3226, 3228, 3230, 3232, 3234, 3236, 3238, 3240, 3242, 3244, 3246, 3248, 3250, 3252, 3254, 3256, 3258, 3260, 3262, 3264, 3266, 3268,

for your to be considered, it is required that

Au toucher, cette cellulite se traduit, au début, par une certaine tension de la voûte vaginale avec sensation de gonflement diffus des tissus post-pubiens, que perçoit la pulpe de l'index en supination, et surtout par une douleur vésicale qui parfois persiste sous forme d'épreinte même après le toucher.

Non traité, ce stade oedémateux fait place à des épaissements plastiques plus ou moins denses qui vont progressivement se rétracter et, surtout quand ils siègent un peu latéralement par rapport aux cols vésicaux et utérins, déterminer des douleurs d'une ténacité désespérante.

Pour Condamin, l'intensité des douleurs serait due à l'altération de la grande travée conjonctive, qui part des parties latérales profondes du Douglas, pour côtoyer le col utérin au niveau de l'isthme, et aboutir aux parties latérales de la vessie dans sa région sphinctérienne. Elle tire toute son importance de la quantité des filets nerveux qui s'y rencontrent.

2° *La cellulite du fond utérin*, assez fréquente, formant un empâtement du fond, un relief transversal douloureux expliquant les douleurs du fond utérin dans les métrites du corps.

3° *La cellulite postérieure* (paramétrite postérieure de Schultze), dont on peut distinguer deux variétés, l'une haute qui répond à la paroi postérieure du corps, l'autre basse qui répond en avant à la paroi postérieure de l'isthme et à la portion supra-

vaginale du col et en arrière au cul de sac de Douglas.

Cette distinction n'est réelle que si l'utérus est en position normale; dans les cas de rétroversion et surtout de rétroflexion, elle est fictive.

Au toucher, elle simule une augmentation de volume de l'utérus, mais un examen attentif permet de se rendre compte que l'on n'arrive pas directement sur la paroi utérine. On en est séparé par une infiltration plus ou moins épaisse qui masque les contours de l'organe, dans laquelle parfois on peut distinguer des petits nodules de volume variable, grains noisette, noix. Cet examen réveille une douleur plus ou moins vive.

L'examen à un stade ultérieur révélera des altérations d'ordre scléreux, formant des brides, des rétractions obliques ou transversales se prolongeant en règle dans les culs de sac latéraux à la base des ligaments larges.

Nous rapprocherons de cette cellulite postérieure la *Douglassite de Condamin* dans laquelle les lésions sont plus circonscrites, localisées dans « le Douglas des gynécologues » entre et y compris les « pseudo-ligaments utéro-sacrés » latéralement, l'isthme de l'utérus en avant, la paroi antérieure correspondante du rectum en arrière. Le point de départ en serait la résorption par le péritoine et le tissu cellulaire rétro-utérin de produits infectieux ou irritants, accumulés dans le cul-de-sac rétro-utérin point déclivé de la grande cavité. L'origine pourrait en être toutes

les infections d'organes intra-péritonéaux : appendice, vésicule, sans excepter trompes et ovaires, mais agissant par effet irritatif direct sur la séreuse péritonéale, et non par l'intermédiaire des vaisseaux sanguins et lymphatiques. Suivant une loi de pathologie générale, il y aurait, par irritation de voisinage, altération du tissu conjonctif sous-séreux, d'ordre œdémateux d'abord et évoluant progressivement vers la sclérose.

En dehors des signes révélés par le toucher que nous venons de décrire, Condamin étudie un ensemble de signes fonctionnels « véritable complexe du Douglas pathologique ». Il distingue des : signes locaux utéro-annexiels avec douleurs légères ou violentes, à irradiation médiane et latérale sacro-lombaire (classique expression de douleurs de rein); dyspareunie — certaines dysménorrhées lui seraient également imputables; des *symptômes vésicaux*, fausse cystite, pollakiurie, spasmes par tractions sur les filets vésicaux du Douglas; des *symptômes vaginaux* : spasmes douloureux et prurit vulvo-vaginal; causalgie vulvo-vaginale; des *symptômes rectaux* : rectalgie, spasmes douloureux de l'anus sans lésion; constipation par sténose permanente au niveau du Douglas rétracté sur le rectum.

Il rattache également aux Douglassites certains syndromes à distance d'ordre gastro-intestinal, cardiaque, pulmonaire et surtout des syndromes sympathico-psychiques qui sont encore à l'étude.

4° *La périmétrite latérale*, très fréquente, est cons-

tituée par les altérations du tissu conjonctif du ligament large et de la gaine hypo-gastrique. Elle se traduit par des douleurs sourdes ou lancinantes, augmentées par les mouvements, par une sensation de pesanteur plus ou moins marquée. La mobilisation utérine est douloureuse.

a) *Les cellulites du ligament large* correspondent aux péri-salpingites, péri-ovarites classiques. Du fait même de la situation de la trompe et de l'ovaire, et de l'acuité des lésions qui les frappent, les réactions de voisinage sont à la fois intra et sous-péritonéales. Pratiquement il est donc difficile de faire la part de la cellulite dans les annexites chroniques avec altération du tissu conjonctif voisin : trompes et ovaires sont perdus dans un empâtement plus ou moins volumineux diffus ou circonscrit, véritable gangue de consistance variable. Il est donc impossible de prime abord de faire la part de l'annexite et de la réaction cellulite péri-annexielle.

Nous verrons que le massage dans certaines conditions sera à la fois un moyen diagnostic et thérapeutique.

b) *La cellulite de la gaine hypogastrique*, apparaît comme le plus souvent liée aux altérations du col.

Une métrite du col n'est pas douloureuse. La douleur réveillée à la mobilisation du col est liée à la cellulite de voisinage. On peut également relever à l'origine de cette cellulite une déchirure du col. C'est ainsi que quelques mois après un accouchement on sent presque toujours, au voisinage de la déchirure

et en continuité en dehors avec la base du ligament large, une petite traînée fibro-plastique qui attire le col de son côté et dont la pression est plus ou moins douloureuse.

Cette cellulite, parfois, peut être double, parfois même il existe une véritable « paramétrite en étoile » correspondant à de multiples déchirures donnant lieu à des cicatrices rétractiles.

Ces formes s'observent après des accouchements difficiles avec forceps, accompagnés de phénomènes infectieux. Elles demandent à être traitées rapidement car elles déterminent souvent des douleurs vives pouvant aller jusqu'à l'impotence.

II. LES CELLULITES PARIÉTALES peuvent siéger sur tout le pourtour du bassin. Les plus fréquentes sont les cellulites postéro-latérales siégeant soit immédiatement sur les côtés du rectum, en regard de la face profonde de l'articulation sacro-iliaque, soit plus bas et plus latéralement à la hauteur du fond de l'acétabulum. Notons la possibilité de continuité de la cellulite pariétale droite avec la cellulite péri et rétro-cœcale.

Quant à la *cellulite périnéale*, elle se traduit fonctionnellement par des douleurs spontanées surtout quand la malade passe de la station assise à la station debout; douleur à la défécation. L'introduction de la canule à injection, le coït sont douloureux entraînant un vaginisme rebelle. Objectivement, le symptôme capital est la douleur de la cloison recto-vaginale réveillée par le toucher rectal. Ce toucher

devra être pratiqué avec une grande douceur. La douleur est surtout marquée quand l'index en position pivote pour passer d'une paroi à l'autre.

Telles sont les différentes localisations de la cellulite pelvienne. Il est évident que ces divisions sont schématiques. L'abondance du tissu conjonctif pelvien dont les différents lacs, comme nous l'avons rappelé, communiquent entre eux, explique que ces différentes formes peuvent s'associer de manières variables créant des syndromes plus ou moins complexes.

En résumé, nous voyons que la cellulite pelvienne est caractérisée :

1° *Au point de vue fonctionnel*, par des phénomènes douloureux. Nous insisterons surtout sur les douleurs dans la région sacro-lombaire particulièrement fréquentes et sur la sensation de pesanteur dont se plaignent ces malades, qui accusent même parfois une impression de descente voir d'issue des organes, — sensation qui n'est que la traduction des troubles circulatoires, des phénomènes congestifs dont nous savons toute l'importance dans la cellulite.

Pour la même raison, tous ces phénomènes douloureux auront leur maximum d'intensité au moment des poussées congestives molininaires.

2° *Au point de vue physique*, par une infiltration dont nous avons vu les différentes localisations et qui peut être observée à différents stades. Infiltration œdémateuse congestive, subissant plus ou moins rapidement des modifications anatomo-pathologiques.

L'aboutissant sera la sclérose vraie, rétractile, à allure cicatricielle, avec toutes ses conséquences sur la statique utéro-annexielle : fixation des déviations et en particulier des rétroversions qui deviennent alors douloureuses, mal tolérées par les malades et troublent profondément le régime circulatoire.

Cette évolution de la cellulite pelvienne du simple stade d'œdème vers l'hyperplasie et la sclérose, beaucoup plus rapide que dans les cellulites des autres parties du corps, la chronicité désespérante des lésions sont dominées par les notions étiologiques :

D'une part, la fréquence des infections cervico-utérines, annexielles ou autres tout le long du tractus génital, fréquence du réveil de ces foyers infectieux latents.

D'autre part, les troubles circulatoires, les poussées congestives qui, chez la femme porteur de lésions utéro-annexielles ou de déviations, vont augmenter la stase, facteur primordial de cellulite. Ainsi se trouve réalisé un véritable cercle vicieux aboutissant sans lésion grave au point de vue vital, à un véritable état de « misère gynécologique » tel que le décrit Stapfer.

DIAGNOSTIC

Le diagnostic de cellulite pelvienne est souvent difficile à faire à un premier examen, étant donnés les multiples aspects qu'elle revêt tant au point de vue localisations qu'altérations anatomiques.

Le diagnostic positif sera basé sur l'anamnèse, mettant en évidence la chronicité des lésions, l'absence de phénomènes fébriles, l'influence des molimens, les symptômes fonctionnels douloureux, les symptômes physiques.

1° La *cellulite péri-uréthro-vésicale*, avec ses phénomènes douloureux vésicaux est souvent confondue avec la cystite vraie.

L'échec des traitements médicaux antérieurement pratiqués orientera le diagnostic. Il sera confirmé par le toucher révélant l'infiltration douloureuse du tissu cellulaire post-pubien.

2° Dans les *cellulites latéro et rétro-utérines*, il sera souvent difficile de faire la part de la cellulite et des lésions annexielles qui peuvent être associées. Des examens répétés seront nécessaires et un traitement massothérapique prudent, pratiqué en l'absence de tout phénomène aigu, sera un élément diagnostic intéressant comme nous le verrons.

Le diagnostic sera surtout difficile dans les cas de

rétroversions fixées, où il faut se demander si cette fixation relève de soudures péritonéales, ou au contraire d'infiltration et d'adhérences simplement cellulitiques. Dans le premier cas, le massage sera inefficace, dans le second, on observera une amélioration rapide des lésions.

3° La *cellulite des parois vaginales* doit être distinguée de la vaginite vraie, du vaginisme par petites affections locales vulvaires et surtout du vaginisme mental. Un interrogatoire précis et surtout l'examen, non par voie vaginale, mais par voie rectale, permettront le diagnostic. Dans le vaginisme mental, si le toucher vaginal est impossible, déterminant une douleur vive avec tension des constricteurs vulvaires, le toucher rectal ne réveillera par contre aucune douleur au niveau de la cloison recto-vaginale, douleur caractéristique de la cellulite.

4° Quant à la *cellulite pariétale abdominale* si souvent associée, son diagnostic est plus facile. Il est basé sur les douleurs accusées par la malade, à l'exclusion de toute lésion viscérale et confirmé par l'exploration méthodique de la paroi, telle que nous l'avons décrite.

Si le diagnostic de cellulite de la paroi abdominale est aisé, nous voyons que celui de cellulite pelvienne est au contraire souvent délicat. Du fait des phénomènes congestifs, de l'infiltration cellulitique, utérus, trompes et ovaires peuvent paraître augmentés de volume dans des proportions insoupçonnées, et peuvent donner l'impression d'organes irrémédiable-

ment malades et comme tels condamnés à l'exérèse d'une façon formelle.

Insistons sur ce fait que ces altérations trompeuses apparaissent particulièrement au moment des poussées congestives moliminaires.

Nous voyons donc l'importance en gynécologie dans toutes les affections à évolution chronique, d'examens répétés. Nous verrons l'influence du massage pour faciliter le diagnostic; la kinésithérapie gynécologique apparaissant à la fois comme une méthode de diagnostic et de thérapeutique de la cellulite pelvienne.

TRAITEMENT DE LA CELLULITE PELVIENNE

C'est essentiellement la kinésithérapie. Nous verrons ensuite les traitements adjuvants que l'on peut associer, en tenant compte des différentes causes même de la cellulite.

HISTORIQUE.

La kinésithérapie gynécologique est l'œuvre de Thure Brandt, officier gymnaste de l'Institut de Stockholm. La méthode date de 1847 et Brandt publia sa première brochure en 1868.

En 1876, Nostrom, Suédois, fit à l'Académie de Médecine de Paris une communication sur le massage gynécologique, et les résultats observés dans le service de Péan.

En 1830, Brandt publia une brochure et en 1884 un livre qui fut traduit en allemand.

A cette époque, Prochownick, de Hambourg, et Otto Bunge, de Berlin, commencent à appliquer la méthode de Brandt.

En 1886, Brandt est invité par Schultze à se rendre à Iéna et à la suite de cette visite, nombre de médecins vont à Stockholm. Citons les noms de Resh, Seiffart, Preuschen, Theilaber, Ziegenspeck, Schauta. Tous, sauf Schauta ne pratiquent que le massage, et méconnaissent les exercices congestifs et déconges-

tifs. Au lieu de pratiquer les manœuvres de douceur, ils emploient la force et ignorent la vibration, cette manœuvre délicate, mêlée aux autres si intimement. Sous l'impulsion de Slaviansky et de Snieguireff, la méthode pénétra en Russie dès 1888, et au Troisième Congrès des médecins slaves en 1889, Soutouguine donne comme conclusions, que la méthode de Brandt était un puissant moyen thérapeutique dont les indications et contre-indications n'étaient pas encore fixées.

En 1889, Mlle Goldspiegel, plus tard Mme Sosnowska, se rend en Suède et en 1894 publie 12 observations personnelles.

En 1892, Stapfer envoyé en Suède en mission fait un rapport à l'Académie de médecine où il met en valeur l'importance curative non seulement du massage mais de la gymnastique telle que la pratiquait Brandt. En 1897, il publie son *Traité de Kinésithérapie* préfacé par Pinard. Depuis cette époque, diverses thèses et publications paraissent sur le sujet.

En 1895, thèse de Romano sur le Réflexe dynamogène, inspirée par Stapfer; thèse de Goussakoff sur la méthode de Brandt.

Diverses publications de Wetterwald, de Bralant. En 1912, *Mémoire de Stapfer sur les vagues utéro-ovariennes*. Plus tard, des essais pratiqués, probablement sans méthode précise, aboutirent à des mécomptes dont la conséquence fut un abandon presque complet de la méthode, tout au moins en France.

Enfin, sous l'impulsion de Wetterwald, la kinési-

thérapie gynécologique reprit sa valeur et entra dans le domaine de la gynécologie médicale.

Mme Sosnowska publie en 1922 un opuscule sur la thérapeutique gynécologique d'après la méthode de Brandt.

Bralant publie de nombreuses observations.

Siredey dans le Traité de gynécologie écrit en collaboration avec le Professeur Jean-Louis Faure en rappelle les indications.

H. Vignes, Netter, à Paris, s'attachent à étudier le mécanisme du massage gynécologique.

Condamin à Lyon préconise le massage comme traitement de la cellulite, mais à l'encontre de l'enseignement donné par Stapfer, c'est pour lui un « massage chirurgical » dirigé sur les adhérences, épaisissements, rétractions du tissu conjonctif.

Mlle Meurs, à Paris, dans le livre sur le Massage écrit en collaboration avec le Dr. Durey, insiste sur le rôle du massage selon la méthode de Stapfer, en particulier dans la cellulite et en précise les indications et contre-indications.

MODE D'ACTION DU MASSAGE GYNECOLOGIQUE

Le massage gynécologique ne repose pas uniquement sur les lois qui régissent le massage en général. Son mécanisme est plus complexe. Stapfer invoque l'intervention des systèmes nerveux et circulatoire, l'un influençant l'autre. Il insiste sur le réflexe dynamogénique cardio-vasculaire. Il développe longuement cette hypothèse dans la thèse de son élève Romano.

Actuellement, il semble bien que le massage puisse modifier la structure pathologique des tissus et déterminer la résorption des exsudats, grâce à l'intervention des divers actes réflexes auxquels il donne naissance, par la mise en jeu des systèmes sympathique et parasympathique pelviens. Nous allons en rappeler brièvement la disposition qui fut surtout étudiée par Maret, Latarjet, Hovelacque, Laignel-Lavastine.

Ovaires et trompes sont innervés par le plexus ovarien, émanation du plexus lombo-aortique et rénal. Il entoure l'artère ovarienne et se termine dans l'ovaire et la trompe sans abandonner aucune fibre à l'utérus. Les autres portions du tractus génital sont innervées par le plexus hypogastrique.

Le plexus hypogastrique supérieur, qui représente au niveau de la région lombaire la chaîne sympathique prévertébrale, s'étend en avant de la colonne vertébrale, depuis l'origine de l'artère mésentérique inférieure, jusqu'au niveau de la première vertèbre sacrée. Le plexus, décrit par Hovelacque, peut affecter le type nerf présacré décrit par Latarget, résultant de la fusion des éléments du plexus, en un seul nerf. Quoiqu'il en soit, après avoir franchi le promontoire, il bifurque pour former les plexus hypogastriques inférieurs qui se perdent dans les ganglions hypogastriques, situés à la base et sur la face externe des ligaments utéro-sacrés. De riches plexus péri-artériels entourent les artères iliaques primitives et hypogastriques.

L'innervation parasymphathique pelvienne tire son origine de la moelle sacrée depuis le deuxième segment sacré jusqu'au sommet du cône terminal. Les fibres nerveuses parasymphathiques cheminent alors dans la racine rachidienne antérieure, puis dans le nerf mixte, enfin dans la branche antérieure des 2°, 3° et 4° nerfs sacrés avec lesquels elles contribuent à former les plexus honteux. Surtout, ils vont constituer les nerfs érecteurs, qui aboutissent aux plexus hypogastriques inférieurs.

Ainsi, système nerveux sympathique et parasymphathique forment en majeure partie ces riches plexus hypogastriques inférieurs, dont les rameaux efférents vont se distribuer à la portion terminale du

tube digestif, aux organes génito-urinaires, aux parois vasculaires.

Rappelons que les fibres sympathiques et parasympathiques intimement mêlées peuvent faire relai au niveau des ganglions juxta viscéraux ou des ganglions viscéraux. Parmi les ganglions juxta viscéraux, quelques-uns se trouvent situés au voisinage immédiat du col utérin, disséminés ou rassemblés en un ganglion volumineux connu sous le nom de ganglion de Lee-Frankenhauser. Toutes les fibres du plexus hypogastrique sont reliées aux centres cérébro-spinaux supérieurs.

Cette richesse du petit bassin de la femme en filets et plexus nerveux, qui va de pair avec sa richesse en vaisseaux sanguins et lymphatiques, permet de comprendre comment une intervention apparemment inefficace comme le massage gynécologique, puisse déclancher des réactions intenses et prolongées. La disproportion entre l'effort donné et l'effet produit rappelle les faits observés dans la méthode d'Abrams dont les procédés thérapeutiques sont basés sur l'hypothèse suivante : aux affections viscérales correspondent certaines zones d'hypéresthésie dont l'excitation produit des réflexes, réversibles sur la zone où se trouve le foyer initial. Etant donnée la disposition des éléments nerveux du système sympathique pelvien, le massage gynécologique va trouver ses zones réflexogènes sur place. En effet, le point de départ de la plupart des réflexes mis en jeu par le massage se trouve au niveau des téguments de la ré-

gion sous-ombilicale de l'abdomen. L'excitation initiale a son origine dans cette zone, lorsqu'il s'agit de massages superficiels, d'effleurages et de frictions circulaires légères. En même temps que naissent ces réflexes d'origine tégumentaire, d'autres tirent leur origine des muqueuses vaginales ou rectale suivant que l'on a choisi l'une ou l'autre de ces voies pour le massage interne.

Si les frictions circulaires sont pratiquées en déprimant plus fortement la paroi, il est probable que le point de départ des réflexes est alors surtout musculaire et cette origine est loin d'être négligeable si l'on songe que la sensibilité musculaire est une excellente source de réflexes.

Quoiqu'il en soit, les fibres sensibles émanées des téguments vont gagner le ganglion spinal correspondant. Les unes s'y jetant dans un neurone dont le prolongement cylindraxile gagne une cellule de la corne latérale, les autres ne faisant que traverser le ganglion et pénétrant par les racines postérieures dans la moelle, où elles aboutissent à leur neurone trophique.

La voie centrifuge du réflexe est la suivante : les fibres vaso-motrices et sécrétoires, ont leur corps cellulaire dans la corne latérale de la moelle et en sortent généralement par les racines antérieures, d'où elles gagnent les ganglions sympathiques latérovértébraux (rami-communicantes) et les ganglions prévertébraux. Les cellules ganglionnaires émettent à leur tour des fibres qui, pour se rendre aux organes

auxquels elles sont destinées (musculature lisse et striée, parois des vaisseaux, glandes) vont suivre un trajet direct et accompagner les artères autour desquelles elles forment des plexus; ou bien encore prennent la voie des nerfs spinaux en se mêlant à leurs fibres nerveuses. Nous avons vu comment se groupaient les voies anatomiques de ces réflexes au niveau des plexus sympathiques pelviens.

Des lois physiologiques de la conduction sympathique, et de la disposition anatomique des plexus pelviens, on peut conclure à l'hypothèse suivante pour expliquer le mécanisme des effets du massage gynécologique.

Les réflexes d'origine tégumentaire, muqueuse ou musculaire, grâce à la disposition des ganglions sympathiques peuvent former des enchaînements qui se multiplient à l'infini, « non seulement dans l'espace, mais encore dans le temps », ce qui revient à dire que tous les tissus sont soumis à leurs lois.

Il en résulte que ces réflexes influenceront les appareils circulatoires (artères, veines, capillaires), les appareils lymphatiques et endocriniens de la région pelvienne et détermineront l'intensité même des actes physico-chimiques qui s'y effectuent.

C'est donc par ces voies réflexes complexes que le massage agira sur la régularité du fonctionnement ovarien et surtout sur l'appareil vasculaire d'où son importance dans le traitement de la cellulite pelvienne.

Il semble bien que les effets vaso-moteurs du mas-

sage gynécologique soit de nature vaso-dilatatrice, si l'on considère la rougeur des téguments, l'impression de chaleur locale et générale qu'il détermine. Il y a une véritable activation du flux circulatoire particulièrement au niveau des capillaires « là où se fait le réflexe vasculaire nutritif » selon l'expression de Hess, c'est-à-dire au niveau de l'endothélium où ont lieu les échanges du sang avec les tissus.

L'élasticité des riches plexus veineux pelviens, permet de recueillir une réserve considérable de la masse liquide et explique le peu de retentissement de ces vaso-dilatations sur la pression sanguine générale.

Quoiqu'il en soit de ces hypothèses sur l'interprétation du mode d'action profond des réflexes provoqués par le massage, l'observation clinique permet de conclure à ses effets indéniables sur un meilleur état de la circulation pelvienne et à son rôle capital comme traitement de la cellulite pelvienne.

A ce mécanisme indirect par voie réflexe, il faut ajouter une action directe par les manœuvres que nous décrirons d'étirement et de pression redressante. Elles ne sont utilisées que secondairement dans les cas de vice de position de l'utérus. Il faudra d'abord avoir obtenu par les autres manœuvres à action indirecte, la libération des organes, la guérison de l'infiltration cellulitique.

KINESITHERAPIE GYNECOLOGIQUE

La kinésithérapie gynécologique comporte d'une part le massage, d'autre part la gymnastique abdomino-pelvienne.

Nous décrirons les deux méthodes, mais dans la cellulite abdomino-pelvienne, le massage est au premier plan, la gymnastique est accessoire.

C'est un traitement ambulatoire, pourtant il est bon de faire prendre aux malades de retour chez elles un repos d'une heure ou deux; cette précaution n'est pas indispensable.

Ce qu'il faut surtout exiger, c'est que les malades suppriment tout exercice trop fatigant et surtout entraînant une trépidation (abus de la danse, longues courses en trains, en auto, cirage de parquets, couture à la machine). Les rapports sexuels doivent être interdits ou diminués autant que possible pendant toute la durée du traitement.

La durée du traitement est variable, il faut tenir grand compte des réactions individuelles de la malade. En moyenne, une cure complète est de 15 à 20 séances, à condition que le traitement soit suivi consciencieusement. Au début et dans certains cas, une séance quotidienne peut être nécessaire. Wetterwald le préconise, Henri Vignes le conseille. D'une

manière générale; une séance un jour sur deux sera suffisante, l'action du traitement se prolongeant au delà du jour où la maladie a été traitée. Insistons sur ce fait que la régularité est un facteur indispensable à la réussite du traitement. Celui-ci peut être suspendu au besoin pendant les premiers jours des règles. Il n'y a, en effet, aucune contre-indication. Au contraire, comme nous le verrons, cette période est le moment d'élection pour la réduction des rétro-déviation, ce qui est en accord avec ce que nous savons des vagues moliminaires.

Durée de la séance.

Au début d'un traitement, une séance ne doit pas dépasser 4 à 5 minutes. On peut progressivement augmenter la durée, sans dépasser 10 minutes. Pour obtenir un réflexe rapide et puissant, il faut une excitation courte. Toute excitation prolongée fatigue le système nerveux qui ne réagit plus. Le traitement va aussi à l'encontre du but proposé, en déterminant une vaso-dilatation permanente, d'où stase veineuse pelvienne.

On ne peut donc donner de règles absolues, mais seulement des indications générales pour la bonne conduite du traitement. Dans toute méthode thérapeutique de cet ordre, le facteur personnel joue un grand rôle, le kinésithérapeute qui, avant tout doit être un gynécologue averti, doit aussi se montrer un bon observateur, un bon psychologue. Il s'agit, en effet, de guetter les minimes réactions qui vont se produire au cours du traitement, d'apprécier à leur

juste valeur les indications, les impressions données par la patiente. Ce sont tous ces renseignements précieux qui permettront la conduite judicieuse du traitement et d'établir la dose optima. Cette dose est obtenue, lorsque la malade après les séances, accuse une amélioration, une sensation de mieux-être que traduit cette expression si fréquemment entendue « je ne sentais plus mon ventre ». Au contraire, un traitement qui laisse le sujet fatigué ou énervé est en général un traitement mal fait, aux manœuvres trop dures ou trop prolongées.

Une seule cure ne suffit pas, en général, à guérir la malade. Des cures d'entretien seront nécessaires. Elles seront de plus en plus courtes et espacées.

TECHNIQUE.

Le matériel employé est des plus simples. Divan d'examen ou chaise longue assez dure sur lequel la malade s'étend, la tête légèrement relevée, en relâchement musculaire aussi complet que possible, vessie et rectum vides. Le kinésithérapeute est assis à gauche de la malade de manière à ce que les genoux soient à la hauteur du plan du divan.

Les manœuvres se réduisent à 5 principales :

- effleurage,
- vibration,
- étirement,
- friction circulaire,
- pétrissage ou malaxation.

1° *L'effleurage.*

C'est une manœuvre qui peut être pratiquée :

Soit au niveau de la paroi abdominale comme premier temps du massage gynécologique.

Soit directement au niveau des organes génitaux.

a) *Dans le premier cas*, l'abdomen est tout d'abord légèrement saupoudré de talc. On fait alors glisser légèrement la paume des mains posées à plat et la face palmaire des doigts, en gardant une même pression. La vitesse de progression restant la même on dépasse largement la zone des organes génitaux, on l'étend à tout l'abdomen, remontant au-dessus de l'ombilic, redescendant jusqu'aux faces antérieures des cuisses. Il n'y a pas de sens spécial, mais le contact des mains avec le tégument ne doit pas être interrompu.

L'effleurage, dans ce cas, a pour but de provoquer le relâchement de la paroi musculaire, de donner confiance à la malade et d'appeler le réflexe.

b) *Dans le second cas*, l'effleurage est pratiqué avec la pulpe de l'index soit simplement enduit de vaseline stérilisée soit recouvert d'un très mince doigtier. On exerce l'effleurage par le rectum et par le vagin.

Par le rectum, l'effleurage se pratique la malade étant debout pour que l'index puisse pénétrer le plus haut possible. Le pouce se pose alors sur la face antérieure du col sans appuyer; son rôle se borne à le maintenir. C'est la voie d'abord d'élection dans les cellulites du plancher et des parois pelviennes. C'est

également par cette voie que l'on agira électivement sur les ligaments utéro-sacrés, et sur la face postérieure des utérus rétro-déviés et immobilisés par la cellulite.

Le doigt après avoir dilaté les sphincters, déprime doucement le plancher et exerce des effleurages sur les parois, de bas en haut, aussi haut que possible. Suivant l'expression de Brandt cette manœuvre ne demande pas plus de force que celle employée « pour écrire sur la buée d'une vitre ».

Par la voie vaginale, on agira de même avec la pulpe de l'index, dans les cas de cellulite des parois vaginales et en particulier, pour la cellulite des cloisons recto-vaginales et la cellulite du plancher urétral.

L'effleurage, pour être plus efficace, doit être en même temps *vibrant*, c'est là un point important.

2° *La vibration.*

C'est une manœuvre essentielle dans le massage gynécologique.

Elle est trop souvent confondue avec des frictions rapides ou des percussions menues. La main ne doit jamais perdre le contact avec le tégument.

Cette manœuvre a pour point de départ la face palmaire des doigts ou de la main entière, les doigts étant rapprochés. La pression légère devient alors vibrante. Le mécanisme de la vibration peut s'expliquer par le déclenchement d'un tremblement vertical menu, venu de l'avant-bras et du bras. L'articulation du coude est un peu fléchie, le poignet

restant souple. La direction du mouvement vibratoire doit être perpendiculaire à la région à traiter pour être pénétrante. Il faut qu'elle soit rapide, égale en amplitude et en vitesse, et sans soubresauts pour être efficace. De toutes les manœuvres massothérapeutiques, c'est la plus difficile, la plus fatigante, mais aussi la plus active. Plusieurs appareils vibrateurs ont été mis à l'essai pour obvier à l'inconvénient de la fatigue manuelle. Tous sont à rejeter, les résultats observés ayant été bien inférieurs à ceux obtenus avec la main du kinésithérapeute dont la souplesse permet de varier, et l'amplitude et la vitesse, des vibrations selon les cas. Or la vibration étant la manœuvre essentielle en massothérapie gynécologique, il convient de l'exécuter aussi parfaitement que possible de manière à en obtenir pour le plus grand bien des douloureuses surtout, le maximum de rendement. Elle peut être exécutée uniquement par la main abdominale, les doigts vaginaux n'ayant qu'un rôle de soutien. Mais les résultats seront plus rapidement obtenus si l'on associe vibrations abdominales et vibrations vaginales.

3° *La friction circulaire.*

On ne peut exercer cette manœuvre sans obtenir tout d'abord l'adhérence au tégument par une pression qui doit rester légère. C'est la face interne du tégument cutané que l'on déplacera par glissement sur les plans profonds. Effleurage, frictions circulaires, vibrations sont entremêlés et combinés au cours de la séance de manière un peu différente sui-

vant le praticien qui traite. Malgré cela, les résultats seront analogues, si les principes directeurs de la méthode : manœuvres douces, séances courtes sont rigoureusement observées. Ces trois manœuvres formant la partie essentielle du massage gynécologique dans les cas de cellulite pelvienne.

4° *L'étirement.*

Il a pour but d'assouplir et d'allonger les ligaments raccourcis, les adhérences formées. C'est une manœuvre qui ne doit être employée qu'avec précautions en l'absence de tout phénomène inflammatoire ou douloureux de l'utérus et des annexes.

Dans l'étirement latéral, l'index gauche, introduit aussi haut que possible dans le cul de sac gauche ou droit, pousse légèrement le col utérin de gauche à droite ou de droite à gauche. Simultanément la main droite, 3^e, 4^e et 5^e doigts légèrement courbés, appuyés assez fortement sur le bord dorsal de l'auriculaire et le bord cubital de la main, pousse légèrement le corps de l'utérus de gauche à droite ou de droite à gauche.

Dans l'étirement de haut, en bas l'index gauche est dans le cul de sac de Douglas. Il appuie légèrement en avant et en bas sur le col utérin pendant que la main droite, insinuée derrière l'utérus, le plus près possible de l'isthme pousse l'utérus à travers la paroi abdominale.

Nous insisterons surtout sur une forme spéciale d'étirement : *la pression redressante*, manœuvre souvent employée en gynécologie dans les cas de ptose

et surtout dans les rétrodéviations rendues mobilisables sans douleurs au cours des premières séances.

Ce mouvement consiste en une pression progressive exécutée au-dessus du pubis et correspondant en profondeur à l'isthme utérin. Pour ce faire, l'index gauche prend un point d'appui sur la face antérieure du col, et le médius en arrière du col, sur le fond utérin.

On fait descendre les 4 doigts de la main droite en pronation dans le cul de sac péritonal antérieur, derrière la symphyse, sur la vessie vide et on appuie progressivement et profondément.

Ces mouvements combinés tendent à chasser le col en arrière, et à incliner le corps utérin vers le pubis. Quand la main droite sent le fond de l'utérus qui se soulève sa face, palmaire s'insinue alors en arrière de l'utérus et le pousse doucement de haut en bas et d'arrière en avant vers le pubis.

Ce mouvement peut être répété à plusieurs reprises dans une séance. Il se termine par quelques mouvements vibratoires et effleurages circulaires. Il est rare qu'on obtienne la réduction en une seule séance. Mieux vaut, d'ailleurs répéter la manœuvre à la séance suivante que provoquer la souffrance. Elle doit être pratiquée aux phases d'élection correspondant aux culmens des vagues décrites par Stapfer et surtout pendant les jours précédant immédiatement les règles ou les premiers jours des règles.

Dans certains cas, on doit d'abord employer la voie rectale. La manœuvre est exécutée par la main

gauche seule, dont le pouce est introduit dans le vagin et l'index dans le rectum. Le doigt vaginal appuie sur la face antérieure du col et le doigt rectal soulève le fond utérin. Le bras droit aide alors le malade à passer de la position dorsale à la position genu-pectorale. Le doigt rectal appuie et pousse doucement mais avec patience et persévérance la paroi postérieure de l'utérus, en bas et en avant. Simultanément, le doigt vaginal appuie très légèrement sur le col d'avant en arrière. Il faut se garder de pousser l'utérus trop haut sous le promontoire car il serait impossible de le redresser.

Ces manœuvres doivent être répétées à plusieurs reprises et toujours terminées par quelques frictions circulaires et par un massage vibratoire. Il sera bon de conseiller à la malade de garder la position ventrale un quart d'heure après la réduction et même pendant la nuit si possible.

5° *Quant au pétrissage ou malaxation*, c'est une manœuvre réservée aux cas de cellulite de la paroi. Les deux mains agissent de concert. Peau et tissu cellulaire sous cutané sont soulevés en un pli, entre la pulpe du pouce et celles jointes de l'index et du médium, des deux mains placées côte à côte. Les pouces gardant le contact, on progresse en faisant faire un second puis un troisième pli etc... en imprimant un mouvement de roulement des deux faces du pli l'une sur l'autre et en même temps un mouvement de torsion. Cette manœuvre est douloureuse, aussi doit-elle être faite dans certains cas avec beau-

coup de douceur et ce n'est souvent qu'après un certain nombre de séances que l'on pourra malaxer plus franchement l'empâtement cellulitique. On doit s'arrêter quand on a obtenu une réaction vaso-motrice avec rougeur érythémateuse de la peau.

Telles sont les principales manœuvres couramment employées dans le massage gynécologique.

Quant à *la gymnastique abdomino-pelvienne*, Stapfer dans son Traité décrit un grand nombre de manœuvres de deux ordres :

mouvements congestionnants,
mouvements décongestionnants.

Les décrire serait sortir du cadre de ce travail. Les premiers, d'ailleurs, ne donnent guère de résultats appréciables; nous insisterons simplement sur les mouvements d'abduction et d'adduction fémorale.

1° *L'abduction* est une manœuvre décongestionnante d'une réelle efficacité, et est un adjuvant précieux dans certains cas de stase pelvienne, partant de de cellulite.

« Le mouvement d'abduction semble agir en dérivant le sang du bassin vers les masses musculaires pelvi-trochantériennes. La déplétion des vaisseaux utérins et juxta-utérins aurait pour effet de réveiller la contractilité de ces vaisseaux » (Henri Vignes).

Il peut être prolongé pendant toute la durée du mois chez les femmes dont les règles sont en avance et trop abondantes; mais suspendu quelques jours avant et pendant toute la durée des règles chez celles

dont le rythme menstruel est normal. L'abduction fémorale est un mouvement actif avec résistance.

La malade est couchée sur le dos, jambes fléchies, les talons réunis et aussi près que possible des fesses, dos et reins soulevés par ses propres forces de sorte que ses seuls points d'appui sont la nuque et les talons; elles respire librement.

Le médecin se place debout au pied de la chaise longue. Il applique la paume de ses mains sur la face externe des genoux de la malade. Le mouvement comprend deux temps.

1° La malade écarte doucement les jambes et le médecin lui oppose dès le départ une certaine résistance.

2° Au maximum d'écartement, le médecin rapproche les genoux et c'est la malade qui oppose une résistance.

L'effort donné dans les deux temps doit être le même. Le médecin doit donc proportionner la résistance qu'il oppose, à la force musculaire de la malade. Il faut avant tout éviter que le mouvement soit saccadé, car il fatigue alors le sujet sans l'améliorer. Il peut être fait trois à cinq fois de suite et répété même à plusieurs reprises dans la journée dans les cas d'hémorragie abondante.

2° *L'adduction fémorale* est surtout utilisée dans les cas de ptose utérine et de périnée déficient.

Il se conduit comme le précédent mais à l'inverse.

Le médecin, la paume des mains en dedans des genoux les écarte, la femme s'opposant à l'écarte-

ment, contracte ses adducteurs. Elle les rapproche ensuite et le médecin alors oppose une résistance.

Dans ce jeu des adducteurs, les releveurs de l'anus se fortifient puisqu'ils travaillent synergiquement.

INDICATIONS DE LA KINESITHERAPIE GYNECOLOGIQUE

Les indications de la kinésithérapie si l'on s'en rapporte à Stapfer sont multiples. On y retrouve presque toute la gynécologie.

Les seules contre-indications absolues pour lui sont :

- les tumeurs malignes,
- les épanchements sanguins récents,
- la péritonite aiguë généralisée,
- les collections purulentes enkystées.

grossesse ectopique rompue,
tumeurs bénignes liquides non évacuables,

ne sont que des contre-indications relatives.

De sorte que les indications ont ainsi un champ vraiment très vaste.

Il faut voir là une réaction exagérée, mais qui fut peut-être nécessaire, à l'époque où parut le Traité de Stapfer. On était alors en pleine révolution gynécologique et de l'expectative inefficace mais inoffensive, on était passé à l'ablation chirurgicale à outrance. La moindre lésion, une simple déviation conduisait à des opérations mutilantes.

« L'utérus ne se portait plus » pour employer un aphorisme de l'époque. Les troubles d'une castration prématurée n'existaient pas.

Stapfer luttait contre les exagérations opératoires mais exagéra à son tour dans un autre sens. C'est ainsi qu'on le voit indiquer le massage au cours de poussées subaiguës de pelvi-péritonite, de fibromes, polypes, kystes dermoïdes, kystes salpingiens. Il est évident que ces exagérations ont beaucoup nui à la méthode et que beaucoup lui ont refusé un rôle pourtant indiscutable. Actuellement, la kinésithérapie gynécologique apparaît essentiellement comme un grand régulateur de la circulation pelvienne et, partant comme agent thérapeutique essentiel de la cellulite pelvienne. Nous avons vu, en effet, le rôle que jouent les troubles de la circulation pelvienne soit comme cause directe soit comme facteur d'entretien et d'aggravation de la cellulite. Nous ne ferons que citer les autres indications qui sortent du cadre de cette étude.

1° C'est ainsi que dans certains cas de *stérilité* d'origine ovarienne, la kinésithérapie agira en stimulant le fonctionnement ovarien et en favorisant le développement souvent insuffisant du système génital.

2° Dans les *petits prolapsus*, avec légers cystocèles et rectocèles, la massothérapie associée à la gymnastique pourra dans certains cas permettre d'éviter une intervention et en tout cas permettre au chirurgien de trouver un meilleur tissu.

Notons d'autre part que souvent ces petits prolapsus s'accompagnent de troubles fonctionnels en par-

ticulier vésicaux que le prolapsus léger ne suffit pas à expliquer; dans lesquels les urines sont normales et qui ne sont pas améliorés par un traitement médical. Il faudra penser à la possibilité dans ces cas de cellulite du plancher urétral qui est souvent à la base de ces troubles et le massage donnera rapidement de très bons résultats.

OBSERVATION I (*personnelle*).

Madame V.... 42 ans, couturière, vient consulter au début de mars 1932 à l'hôpital Broca pour des douleurs dans la région lombaire et de fréquents besoin d'uriner.

Mariée à 19 ans — 2 enfants âgés actuellement de 20 et 8 ans — accouchements normaux — pas de déchirure périnéale — les douleurs dans les reins et les troubles urinaires ont débuté peu de temps après le premier accouchement et se sont accentués peu à peu.

Actuellement : mictions impérieuses très fréquentes, tous les quart d'heure — aboutissant à l'émission de quelques centicubes d'urine. Il n'y a pas d'émission involontaire. L'examen des urines qui fut pratiqué en ville n'a rien montré d'anormal. Un traitement de désinfection urinaire aurait été institué sans aucun résultat.

Examen. — Femme maigre présentant un prolapsus utérin au premier degré — utérus en antéflexion un peu forcée — pas de rectocèle, mais cystocèle léger. La paroi antérieure du vagin et le cul de sac antérieur sont sensibles à la pression — les releveurs sont bons — rein droit légèrement ptosé — pas de troubles intestinaux — d'accord avec le docteur Meurs nous conseillons à la malade un traitement massothérapique — trois séances par semaine : effleurages, frictions circulaires de la paroi abdominale — vibrations sur le corps utérin — petites manœuvres d'étirement d'avant en arrière dans le but de corriger l'antéflexion — effleurages avec vibration de la paroi anté-

rieure du vagin. — On termine la séance par des mouvements de gymnastique des adducteurs et abducteurs.

Dès la troisième séance, amélioration sensible — mictions moins fréquentes — aucune douleur dans les reins.

Le 12 avril (9^e séance, les maux de reins n'ont pas reparu, la malade n'a plus de mictions impérieuses et n'urine que toutes les trois heures au lieu de tous les 1/4 d'heure — la paroi antérieure du vagin n'est plus douloureuse.

Le 16 avril, — pesanteur dans le bas ventre depuis deux jours. (Les dernières règles sont du 26 mars — on est à la période du second molimen).

21 avril — 13^e séance — se trouve très bien.

27 avril — a eu ses règles du 22 au 26 — n'a plus aucun trouble fonctionnel — le traitement est interrompu en conseillant à la malade de continuer chez elle les mouvements d'adduction et d'abduction fémorale.

3^o *La subinvolution utérine*, post gravidique est une excellente indication de la kinésithérapie. Sous l'influence du traitement, l'utérus diminue de volume, remonte dans la cavité abdominale. Ce traitement permettra d'éviter les accidents qui suivent souvent les subinvolution : l'utérus volumineux retombe mécaniquement en arrière, d'où troubles de la circulation pelvienne, stase veineuse et évolution vers la cellulite qui fixera cette déviation. L'infection atténuée qui est la règle dans les subinvolutions favorisant encore cette évolution.

4^o *Dysménorrhées et congestion utéro-ovarienne*. Certaines dysménorrhées bénéficieront du traitement.

On sait combien le diagnostic étiologique des dysménorrhées peut être délicat. Il faudra tout d'abord faire œuvre de gynécologue et savoir discréminder les

cas. C'est ainsi que l'on devra éliminer les dysménorrhées par sténose isthmique d'origine congénitale ou cicatricielle, ou par coudure en particulier dans les antéflexions forcées; la dysménorrhée dite membraneuse dont l'histoire clinique est bien particulière et qui sera vérifiée par l'examen des débris de curetage; les dysménorrhées dues à la métrite polypeuse. Dans tous ces cas, le massage nous paraît assez inefficace.

Au contraire, la kinésithérapie aura un rôle thérapeutique certain, dans tous les cas de dysménorrhée par troubles circulatoires.

On sait que la circulation pelvienne, pour se faire dans des conditions normales, exige une intégrité suffisante du système vasculaire. D'autre part, il faut que le sympathique qui intervient là, comme ailleurs, pour régler le débit sanguin, puisse assurer convenablement cette fonction.

Enfin, il semble indiscutable actuellement, que l'ovaire, par ses sécrétions ait un rôle capital sur la circulation pelvienne. Il règle par ses hormones folliculaires et celles du corps jaune les phénomènes vasculaires liés à l'ovulation et à la préparation de la muqueuse utérine à la nidation.

On comprend donc que le massage gynécologique par l'intermédiaire du sympathique, puisse avoir une action favorable sur les dysménorrhées liées à des troubles du fonctionnement ovarien et de la circulation pelvienne.

Il peut s'agir de : *congestion ovarienne*, dans laquelle le flux sanguin ovarien trop abondant, distend

trop violemment un ovaire peut-être déjà légèrement entaché de sclérose. La congestion ovarienne apparaissant comme le premier stade de l'ovarite scléro-kystique. Cette poussée congestive exagérée étant la base des douleurs de la première quinzaine qui suit les règles : leur maximum correspondant à la rupture du follicule (premier molimen de Stapfer).

Dans d'autres cas, il s'agit de : *congestion utérine exagérée*. La douleur sera surtout marquée au moment de la congestion physiologique normale, c'est-à-dire la quinzaine qui précède les règles, phase de maturation du corps jaune. Ce sont des cas fréquents chez la femme à utérus subinvolué avec rétroversion qui aggrave encore la stase veineuse, et l'infiltration cellulitique péri-utérine : l'utérus était déjà congestionné pathologiquement quand apparaît la congestion physiologique mensuelle. Les phénomènes douloureux seront encore plus marqués quand il existe de la sclérose utérine, vers laquelle la congestion utérine tend normalement à évoluer.

Nous voyons donc l'intérêt de traiter ces malades dès l'apparition des phénomènes congestifs car, à la phase de sclérose, qu'il s'agisse de sclérose ovarienne, utérine, ou péri-utérine englobant les filets nerveux issus des plexus hypogastriques dans une gangue fibreuse, la kynésithérapie gynécologique sera beaucoup moins active : soulagera, mais ne guérira pas.

OBSERVATION II (Mlle MEURS).

Mme B..., 34 ans, sans profession, vient consulter en janvier 1931, le docteur Meurs, pour règles abondantes et douleurs entre les règles.

Antécédents : un enfant de 15 ans — accouchement normal — pas de passé génital pathologique.

Les règles sont surtout abondantes depuis un an, durant 7 à 8 jours sans caillots. Les douleurs consistent en pesanteur dans le ventre, tiraillements irradiant vers les cuisses. Elles commencent quelques jours après la fin des règles et sont nettement améliorées dès l'apparition du flux menstruel. Pour tous ces troubles, la malade avait été consulter le docteur Mocquot, qui n'avait pas constaté de lésions justifiant une intervention.

Examen : Paroi abdominale normale. — Uterus gros, ferme mais élastique, non douloureux à la pression — situation normale mais fixé dans une véritable gangue cellulaire. Le col est normal — pas de métrite — cavité utérine normale à l'hystérométrie. Diagnostic : congestion utéro-ovarienne avec cellulite péri-utérine — 18 séances de massage d'abord quotidiennes puis trois fois par semaine — courtes, effleurages, frictions circulaires — vibrations, gymnastique décongestive.

A la fin de cette première série, amélioration sensible — pesanteur diminuée — les règles de février sont moins abondantes.

Deuxième série de 15 massages — en mars et avril suivants — amélioration très nette — utérus moins gros, se mobilise.

Le Dr Mocquot que la malade revoit est surpris du changement trouvé à l'examen.

L'amélioration a persisté jusqu'à la fin de l'année 1931. La malade ne revient pas au traitement. Des cures d'entretien avaient été conseillées que la malade ne peut suivre pour des raisons privées.

En janvier 32, elle se plaint à nouveau de pesanteur, les règles sont à nouveau abondantes, une nouvelle cure serait nécessaire.

OBSERVATION III (Mlle MEURS).

M. D.... 34 ans, placière, deux enfants, 6 ans, 4 ans 1/2. — Pas de fausse couche, vient consulter en janvier le Dr Meurs pour ménorragies.

Les règles sont très abondantes avec caillots, durent 6 à 8 jours, très fortes surtout les trois premiers jours — sensation de pesanteur entre les règles, surtout dans la station debout prolongée. Les travaux pénibles sont mal supportés. Les douleurs ont leur maximum cinq ou six jours avant l'apparition des règles (2° molimen).

Nervosisme très marqué — Constipation — Sur les conseils de son médecin, elle a suivi un traitement par la sistomensine.

Les règles ont été moins abondantes après ce traitement, mais les douleurs plus vives.

Examen : Utérus gros, rétroversé — mobilisation possible — mais un peu douloureuse — le Douglas est sensible et on sent à son niveau de petites irrégularités.

Paroi abdominale faible — ptose gastrique.

Diagnostic : congestion utérine avec rétroversion — Douglassite — ptose abdominale.

Traitement : 15 séries de massages — pas de gymnastique — opothérapie mammaire.

A la fin du traitement, les règles ont été moins abondantes, l'utérus en position directe très diminué de volume — le Douglas n'est pas douloureux — les petites irrégularités du début ont disparu. On conseille le port d'une ceinture abdominale et une nouvelle cure dans trois mois.

La malade pendant un an n'est pas revenue. — Au début de 1932, elle demande à être traitée de nouveau — la sensation de pesanteur qui avait totalement disparu la gênant à nouveau.

La malade revient pour se faire traiter le 15 mai. Malgré l'opothérapie mammaire qui fut continuée, depuis trois mois les règles sont redevenues très abondantes — pesanteur pelvienne continue.

Examen : Gros utérus un peu en arrière mais mobilisable

— le toucher est très douloureux — les rapports impossibles — le traitement est repris. Trois séances suffisent pour obtenir une diminution notable du volume de l'utérus — le toucher n'est plus douloureux — la malade se sent très bien. — On arrête le traitement. La malade devra être revue dans trois mois.

Dans ces deux cas, nous voyons que la massothérapie a rapidement amélioré les troubles fonctionnels présentés par les malades. Insistons sur ce fait que les cures d'entretien sont absolument nécessaires.

On ne peut prétendre guérir définitivement en 15 séances des malades qui souffrent depuis des mois, chez lesquels les facteurs de congestion pelviennes sont trop fréquents pour que les troubles qui en sont la conséquence ne se reproduisent pas. Il suffira d'ailleurs de séances peu nombreuses mais renouvelées au début tous les 3 à 4 mois, puis plus espacées pour conserver un régime circulatoire normal.

Notons que dans ces congestions utéro-ovariennes, l'apparition des règles améliore parfois les phénomènes douloureux.

Dans l'observation 3, par exemple, la sistomensine avait déterminé la diminution des règles, mais l'augmentation parallèle des douleurs, — tout se passant comme si dans ces utérus congestionnés un flux cataménial abondant était nécessaire. Il faut d'abord que l'utérus soit décongestionné par un traitement massothérapique bien conduit pour que la diminution des règles et la diminution des douleurs aille de pair.

Nous voyons donc que la *congestion utéro-ova-*

rienne constitue une indication fondamentale de la kinésithérapie gynécologique. Celle-ci améliorera rapidement les différents troubles qui en sont la conséquence : troubles de la menstruation, parfois oligaménorrhée dans les cas de congestion fruste, le plus souvent poly et hyperménorrhée et phénomènes douloureux intermenstruels que nous avons précisés.

La kinésithérapie réalisant alors un véritable traitement préventif de la cellulite pelvienne aboutissement normal de ces troubles congestifs (observation 2).

5° *Cellulite pelvienne.*

Nous avons posé comme condition primordiale que toute lésion inflammatoire en évolution contre-indiquait d'une manière absolue le massage. Dans tous les cas d'endométrite, de salpingite aiguë ou subaiguë le massage, en effet, ne pourra être que nuisible. Plus tard, cette méthode pourra être utilisée pour traiter le reliquat fréquent de la poussée infectieuse initiale : l'infiltration cellulitique. Encore faudra-t-il dans ces cas agir avec prudence — surveiller la température. Si les douleurs ne s'améliorent pas, si la malade est sub-fébrile et que l'on craigne une nouvelle poussée, il faudra interrompre immédiatement le massage. Un traitement diathermique sera en règle dans ces cas, beaucoup plus souvent indiqué, mieux toléré par la malade et plus rapidement efficace quant à la réaction salpingienne inflammatoire. Dans les cas plus anciens où les lésions sont parfaitement refroidies, la massothérapie reprend alors

toute sa valeur. Ce sont tous les cas où sont portés les diagnostics de périmétrite péricervicite, péricervicite, fixant plus ou moins l'utérus. En un mot toutes lésions entrant dans le cadre de la cellulite pelvienne avec les troubles fonctionnels et les signes physiques sur lesquels nous avons insisté.

OBSERVATION IV (D^r MEURS).

Mme L..., 28 ans — pas d'enfant — sans profession, mariée depuis 8 ans — vient consulter le D^r Meurs en janvier 1927. Elle se plaint de douleurs dans le bas ventre continues — sensation de pesanteur avec élancements exagérés par la fatigue. — Petites pertes rouges foncées, marron survenant 10 à 12 jours après les règles accompagnées d'élancements douloureux irradiant vers la cuisse droite. Les règles sont normales, régulières, non douloureuses.

Antécédents : Un mois après son mariage, métrite aiguë soignée par des instillations intra-utérines de chlorure de zinc suivies à la 4^e d'une crise aiguë de salpingite avec pelvi-péritonite. Trois mois de lit. Elle fait chaque année, pendant 5 ans, des cures alternées à Salis-de-Béarn et à Luxeuil — Crayons de leucagine intra-utérins il y a deux ans.

Examen : Cellulite de la paroi abdominale — corps et col très gros — utérus en bonne position, est fixé dans une véritable gangue — les culs de sac sont douloureux — les annexes ne sont pas perceptibles.

Traitement : Frictions circulaires et pétrissage de la paroi abdominale — vibration utérines et des culs de sac. Le traitement est conduit avec la plus grande prudence étant donnés les antécédents de la malade.

Peu à peu l'utérus se mobilise — on le sent diminuer sous la main. Après 15 séances, l'amélioration est considérable — la malade se croit guérie. L'amélioration se maintient jusqu'en août 27. — A ce moment, reprise des douleurs et est des pertes.

Examen : Corps utérin est resté très diminué de volume, mobilisable.

Rien aux annexes — Cure de 12 séances qui améliore rapidement la malade.

La malade habitant une ville de province, revient tous les ans faire deux séances d'entretien. Pendant le massage, les pertes intermenstruelles disparaissent pour revenir ensuite Elle pouvait mener une vie mondaine fatigante sans présenter aucun trouble. Tout son entourage la considérait comme guérie. Désirant avoir des enfants, elle consulte un médecin à C... qui n'étant pas mis au courant de son histoire lui fait des injections de folliculine. Le traitement détermine une véritable poussée congestive avec pesanteur très marquée.

En décembre 31, la malade qui n'avait fait qu'une seule cure de 12 séances dans l'année, et qui avait mené une vie particulièrement fatigante, — longues courses en auto... revient après avoir consulté à C... avec troubles analogues à ceux du début.

Examen : récidive de la cellulite abdominale . Utérus à nouveau très gros et immobile.

Nouvelle cure de massages prudents — amélioration très rapide, en 9 séances, des signes fonctionnels et physiques. A son retour à C..., elle revoit le médecin qu'elle avait consulté au début de cette crise. Il est émerveillé du résultat. Depuis, elle est revenue deux fois à son passage à Paris voir le Dr Meurs, février et mai 1932, qui fait à chaque fois trois séances d'entretien : actuellement ne présente plus aucun trouble — mène une vie normale, sans éprouver de fatigue.

OBSERVATION V (Dr MEURS).

Mme D..., artiste peintre — un enfant — Début des troubles en mai 1925 par une métrite aiguë à caractère gonococcique suivie d'une crise subaiguë de salpingo-ovarite gauche traitée par le repos. L'année suivante, sans avis préalable, fait une cure à Salis qui ne réussit guère. A la suite d'une

randonnée en auto, crise douloureuse pour laquelle elle consulte le Docteur Guillemain : repos au lit 4 mois pendant lesquels cauterisation prudente de la métrite au Filhos — glace sur le ventre — les pertes blanches cessent — amélioration de la métrite et de la salpingite. En 1927, reprise des douleurs — ne peut supporter les stations debout prolongées — pesanteur du bas ventre — Règles régulières normales.

Le D^r Guillemain conseille un traitement par le massage.

Début du traitement en novembre 1927 par le D^r Meurs.

Examen : Utérus un peu gros — infiltration de la base du ligament large avec petites nodosités irrégulières ainsi qu'au niveau du Douglas qui est sensible. — Douleurs à la défécation.

Après 6 massages, grande amélioration. La malade a pu supporter la station debout prolongée sans fatigue. Revue le 10 décembre 1927 — Très bien.

La malade revient tous les trois à 4 mois pour des petites cures d'entretien (trois ou quatre séances). En mai 29, à l'époque des règles, hydorrhée suivie d'une hémorragie utérine assez abondante. L'examen (D^r Guillemain et D^r Meurs) permet d'éliminer une fausse couche — on pense à une poussée congestive — disparition des troubles en 4 séances. La malade continue à se faire traiter périodiquement jusqu'en janvier 1930 sans présenter aucun trouble — A cette date, utérus bien mobile, culs de sac souples.

Elle part dans le midi à la suite d'un épisode pulmonaire de nature bacillaire.

A envoyé de ses nouvelles en avril dernier. Très bien à tous les points de vue.

Insistons dans ces observations sur l'intérêt des cures d'entretien que l'on doit préférer courtes (3 ou 4 séances) mais assez rapprochées aux cures prolongées mais espacées.

6° *Les rétroversions utérines.*

Nous mettons à part les rétrodéviations congénitales dans lesquelles le traitement massothérapeutique ne se pose pas, si ce n'est comme facteur favorisant le développement utéro-ovarien. Le vice de position relève en effet dans ce cas d'un raccourcissement ligamentaire et la réduction manuelle ne persiste pas. Ce sont d'ailleurs des rétroversions mobiles parfaitement supportées par le sujet.

Parmi les rétroversions acquises, il faut distinguer les formes parfaitement libres et mobiles qui se réduisent facilement mais qui sont difficiles à maintenir réduites.

En général, elles sont bien supportées par les femmes et n'entraînent aucun trouble; la mobilité physiologique nécessaire de l'utérus étant conservée, le drainage circulatoire est normal, et la rétroversion ne sera souvent dans ces cas qu'une découverte d'examen. Si elles s'accompagnent de troubles soit d'ordre mécanique : constipation, dysménorrhée par coudure de l'isthme ou d'ordre réflexe (cas d'épilepsie signalés dans certaines rétroversions), après avoir contrôlé par l'épreuve du pessaire que ces phénomènes sont bien dûs à la rétroversion, il faudra intervenir chirurgicalement.

Par contre, les *rétroversions fixées* sont des formes douloureuses, s'accompagnant de pesanteur, de douleurs « dans les reins », de tiraillements avec irradiations multiples, de troubles des règles. Objectivement, tout essai de réduction est douloureux. Quand

cette fixation de la déviation est due à des adhérences cellulitiques, elle constitue une indication importante de la massothérapie qui donnera dans ces cas des résultats remarquables.

Dans les cas de fixation par adhérences péritonéales, le massage, au contraire, sera voué à l'échec.

Cette discrimination est faite en quelques séances. Si au bout d'une dizaine de séances, on n'a pas l'impression si particulière de l'utérus qui s'élève et se mobilise, le traitement kinésithérapique échouera, il faudra intervenir chirurgicalement.

OBERVATION VI (*personnelle*).

Mme B..., 34 ans, consulte au début de janvier 1932 le Docteur Douay... à l'hôpital Broca pour des douleurs dans le bas ventre, continuelles depuis quelques mois, avec sensation de lourdeur, de pesanteur et d'issue des organes hors du vagin. Douleurs à la défécation.

Un enfant de 13 ans — pas de fausse couche — pas de pertes blanches — règles régulières mais très peu abondantes (1 ou 2 jours) et douloureuses depuis son accouchement.

Examen : Utérus en rétroversion fixée — mobilisation douloureuse — cellulite de la paroi vaginale gauche.

Nous commençons à la traiter avec Mlle Meurs le 23 janvier — technique habituelle — frictions circulaires — vibrations, par voie vagino-abdominale, effleurage de la paroi vaginale douloureuse.

30 janvier : 4^e séance — sensation d'allègement accusé par la malade.

5 février — a eu ses règles du 1^{er} au 2 très peu abondantes, moins douloureuses.

9 février — 6^e séance, très améliorée — cellulite vaginale

a disparu. On commence à pouvoir mobiliser légèrement l'utérus.

20 février — 9^e séance — a un peu souffert le 13^e jour après ses règles — à ce moment l'utérus n'est pas mobilisable.

25 février — 11^e séance — se sent beaucoup mieux, utérus plus petit, peut être amené sans douleur en position directe.

27 février — très bien — rétroversion bien mobilisable — on la réduit facilement.

8 mars — a eu ses règles du 1^{er} au 2 inclus, plus abondantes. (On avait fait 6 injections d'hormovarine 10 jours avant la date des règles) — se sent très bien — on arrête le traitement.

Revue le 4 mai — très bien au point de vue fonctionnel — pas de pesanteur — aucune douleur à la défécation, mais les règles, malgré le traitement, sont toujours peu abondantes mais moins douloureuses.

Au toucher, utérus en bonne position — mobile — le cul de sac de Douglas est un peu sensible à la pression.

OBSERVATION VII (*personnelle*).

Mme P... 25 ans, sans profession — 2 enfants 4 ans et 2 ans — accouchements normaux. Elle vient consulter à l'hôpital Broca en juillet 1931 pour des douleurs dans le bas ventre — depuis le dernier accouchement : sensation de pesanteur continuelle, — douleur dans les reins, pesanteur dans le rectum avec douleur à la défécation. Douleurs à l'introduction de la canule vaginale.

La malade n'est améliorée que les quelques jours précédant les règles et pendant les règles qui sont d'abondance normale (2^o culmen physiologique).

Examen : Utérus très fortement rétroversé irréductible. Paroi recto-vaginale très douloureuse on ne sent pas les annexes — métrites du col.

On commence à la traiter par voie rectale.

Amélioration très rapide des phénomènes douloureux en 4 séances — la paroi recto-vaginale n'est plus douloureuse,

aucune douleur à la défécation — allègement de la malade — le traitement est interrompu pour les vacances.

La malade n'est revue que le 1^{er} décembre 1931.

L'amélioration fonctionnelle aurait persisté pendant 3 mois. Actuellement, se plaint à nouveau de pesanteur et d'élancements dans le côté droit. Pas de douleur à la défécation. Reprise du traitement par voie vaginale cette fois. Amélioration des douleurs en trois séances.

Le 8 décembre : utérus bien mobilisable (attend ses règles dans deux jours) — on le ramène en position directe.

16-12-31 : a eu ses règles du 10 au 14, abondantes, à nouveau douleurs à la mobilisation.

18 et 20 décembre : pesanteur plus marquée — utérus plus gros, douloureux à la mobilisation (molimen de la ponte).

Amélioration dans les séances suivantes — règles du 10 au 15 non douloureuses.

2 février : l'utérus se mobilise bien sans douleur, mais cellulite de la paroi abdominale à droite — on la traite par le pétrissage.

20 février : 13^e séances — a eu ses règles du 9 au 12, normales — la paroi n'est plus douloureuse — l'utérus en position directe — mobilisation non douloureuse — se trouve très bien au point de vue fonctionnel — on interrompt le traitement par le massage.

Revue le 21 avril : Ne se plaint que de ses pertes blanches — électrocoagulation du col (D^r Regnard).

10 mai : Les règles sont normales — aucune douleur entre les règles, sauf petits tiraillements à gauche.

Métrite améliorée — mais pertes blanches encore épaisses — cautérisation du col au Filhos.

OBSERVATION VIII (*personnelle*).

Mme L..., concierge, 30 ans — un enfant 6 ans. — Le début des troubles remonte à novembre 1930. — A cette époque, consulte le D^r Mossé, à l'Hôpital Broca, pour crise douloureuse dans le bas ventre. Il pose le diagnostic de rétro-

version fixée avec salpingite — considère l'opération comme devant être nécessaire, mais conseille d'essayer d'abord un traitement médical étant donné l'âge de la malade — Traitée pendant un an par des pansements à l'antiphlogistine — Injections chaudes — Pendant cette période, aucune crise douloureuse nette mais pesanteur continuelle — douleurs dans les reins — Les règles sont peu abondantes, douloureuses pendant les 2^e et 3^e jours. En janvier dernier, le Docteur Mossé l'adresse à Mlle Meurs. — Traitement massothérapique.

Examen, 7 janvier 1932. — Utérus gros; en rétroversion fixée par gangue cellulitique — on ne sent pas les annexes — col normal. On commence le traitement. A la troisième séance l'utérus se mobilise (la malade attend ses règles règles du 16 au 18. — Aucune douleur, à la grande surprise de la malade.

21 janvier — L'utérus peut être ramené sans douleur en position directe.

23 janvier — Se sent très bien.

25 janvier — Pesanteur, légère douleur cul de sac gauche.

30 janvier : Très bien.

Règles du 11 au 14 février sans douleurs.

16 février : 14 séances — très bien.

20 février : l'utérus est encore en arrière gros, congestionné (période moliminaire).

Le 25 février l'utérus se mobilise bien à nouveau.

Le 27 février, 18^e séance — Se trouve très bien au point de vue fonctionnel — l'utérus est en position directe — on le ramène en bonne position facilement — on arrête le traitement.

Revue le 28 avril : Elle revient comme on le lui avait conseillé, mais se trouve très bien. L'utérus est en position directe bien libéré. La mobilisation n'est pas douloureuse. On sent l'annexe gauche qui n'est pas douloureuse.

OBSERVATION IX (Mlle MEURS).

Mme R..., 40 ans. — Mariée à 19 ans, un enfant de 20 ans — Accouchement laborieux — forceps — déchirure périnéale — réfection du périnée trois semaines après l'accouchement.

Consulte le Dr Meurs en janvier 1925 pour douleurs dans le bas ventre — pesanteur — irradiations dans les reins qui durent depuis son accouchement mais qui augmentent depuis un an 1/2 environ — pas de pertes blanches — troubles intestinaux — selle pâteuses — inappétence. Les règles sont régulières, abondantes (8 à 9 jours) indolores.

A consulté en province un médecin qui, portant le diagnostic de fibrome, conseillait l'opération.

Examen : Gros utérus rétro-fléchi — Infiltration cellulaire des paramètres avec nodosités irrégulières sensibles — pas de cellulite de la paroi. — Très améliorée au bout de 5 séances de massage.

24 février — 6 séances — se sent très bien. Utérus toujours en arrières commence à se libérer.

28 février — à nouveau pesanteur — utérus gros, non mobilisable (14^e jour après le début des règles).

6 mars : 8^e séance — l'utérus est mobilisable — moins gros.

Le traitement est interrompu.

Revue en juin : L'amélioration persiste — les règles sont moins abondantes.

Revue en septembre : Malade s'est beaucoup fatiguée — recommence à souffrir — règles abondantes.

5 séances de massage — amélioration — refait trois cures par an jusqu'en septembre 31 — A cette époque, état génital satisfaisant mais infiltration cellulitique du bras gauche et de la nuque. — On lui conseille un traitement massothérapique que la malade ne peut suivre à ce moment.

Il est intéressant à noter dans cette observation l'influence du terrain favorable au développement de la cellulite. Nouvelle localisation cellulitique après guérison de la cellulite génitale.

OBSERVATION X (*personnelle*).

Mme C.... 24 ans, cartonnrière.

Mariée à 20 ans — un enfant de 2 ans — accouchement normal mais suivi de poussée fébrile à 39° pendant trois jours. Depuis se plaint de douleurs dans le bas ventre et dans les reins. — Pesanteur — tiraillement — règles irrégulières plutôt en retard, douloureuses le premier jour — rapports douloureux — pertes blanches.

Examen : utérus rétroversé et fixé — Tout essai de mobilisation est très douloureux — les culs de sac ne sont pas souples mais infiltrés, douloureux, sans annexité perceptible, col d'apparence normale. Début du traitement mars 1930.

A la 6^e séance, l'utérus commence à se mobiliser. Les culs de sacs sont plus souples,

Règles le 24 avril — douleurs dans le bas ventre 2 jours avant. Arrêt du traitement le 2 mai, après 12 séances; à ce moment, très améliorée au point de vue fonctionnel — l'utérus est plus mobile mais on ne peut réduire complètement la rétroversion. Pertes blanches toujours abondantes.

Revue en juin. — Etat stationnaire — utérus reste fixé par sa corne gauche malgré nouvelle cure de massage.

Opérée en août 1930 : libération d'adhérences à gauche — Ligamentopexie à la Doloris appendicectomie.

Bonnes suites opératoires.

Revue en mai 32 — se trouve très bien — n'a plus aucune douleur — dit très nettement que si le massage l'avait améliorée, l'opération l'a guérie.

Utérus en bonne position, volume normal, culs de sac souple.

L'échec partiel de la massothérapie doit être attribué à l'existence d'adhérences péritonéales que le massage est incapable de dissoudre et qui, fixant l'utérus, entraînent la persistance des douleurs. Il est préférable dans ces cas d'intervenir chirurgicalement.

OBSERVATION XI (*personnelle*).

Mme D.... 27 ans, sans profession — un enfant de 6 ans — accouchement et suites normales — pas de fausse couche — crise de salpingite au début du mariage il y a 7 ans.

2^e crise il y a 5 mois, sans fièvre. Consulte à Broca le 10 décembre 1931 pour douleurs dans les reins entre les règles. Celles-ci sont très douloureuses le premier jour. Un médecin de ville lui aurait conseillé une intervention chirurgicale qu'elle désire éviter. Pas de pertes blanches — pas de constipation.

Examen : Gros utérus en rétroversion non mobilisable — léger empâtement douloureux à gauche, rien à droite.

Traitement par le massage prudent, étant donnés les antécédents salpingitiques de la malade.

A la 4^e séance — amélioration des troubles fonctionnels — on peut mobiliser légèrement l'utérus, mais la mobilisation réveille une douleur à gauche.

Au bout de 12 séances, la malade se trouve très bien. Les règles ont été moins douloureuses — utérus toujours en rétroversion mais mobilisable. On conseille à la malade de revenir au moment de ses règles pour réduire la rétroversion — la malade n'a pas été revue.

Nous voyons dans ces observations (6 à 11) que l'intérêt de la massothérapie n'est pas forcément la réduction correcte de la rétroversion qui ne peut pas toujours être obtenue tout au moins d'une manière définitive. Le résultat capital est la libération des adhérences qui la fixent, la résorption, en un mot, la guérison de l'infiltration cellulitique.

Les malades, dont l'utérus décongestionné a recouvré sa mobilité physiologique ne souffrent plus et peuvent mener une vie active sans éprouver ces pesanteurs, ces tiraillements, ces « douleurs de reins » si pénibles dans les cas de rétroversions fixées.

Insistons d'autre part sur ce fait : Au cours du traitement, les malades qui avaient éprouvé dès les premières séances un soulagement net, reviennent parfois la séance suivante découragées, se plaignant « que tous leurs maux recommencent ». Si on les interroge soigneusement, on peut alors mettre en évidence que la recrudescence des troubles coïncide avec une poussée congestive moliminaire. On peut alors rassurer les malades, cette aggravation ne sera que passagère. Aussi sera-t-il préférable dès le début du traitement de les prévenir de la possibilité de ces phénomènes qui donnent aux effets du massage une courbe superposable à celle des vagues utéro-ovariennes de Stapfer (observations 6, 7, 8, 9).

En résumé, nous voyons donc que les indications principales de la kinésithérapie gynécologique forme un tout gravitant autour de la *cellulite pelvienne*, soit que cette méthode réalise un véritable traitement préventif de la cellulite en régularisant la circulation génitale d'où son rôle dans les troubles de la menstruation, les dysménorrhées par congestion utéro-ovarienne, dans les subinvolutions utérines; soit qu'elle agisse à titre curatif quand les lésions de cellulite sont installées.

Pour la commodité de la description, nous avons été obligée d'établir des compartiments entre les différentes indications. En fait, il y a souvent chez une même malade une intrication des phénomènes morbides réalisant des types complexes.

La kinésithérapie en améliorant au maximum les troubles fonctionnels, en dégageant les organes de leur gangue cellulitique aidera alors à préciser les lésions pour poser s'il y a lieu l'indication opératoire.

Nous avons mis à part deux indications intéressantes de la kinésithérapie gynécologique.

1° Le vaginisme.

2° Les cellulites post-opératoires ou post-radiothérapiques.

1° *Dans le vaginisme par cellulite* des parois latérales de l'excavation et de la cloison recto-vaginale, le massage gynécologique donne des résultats intéressants.

OBSERVATION XII (D^r MEURS).

Mme R.... 24 ans. — Dactylo — mariée depuis un an — vient consulter le D^r Meurs pour douleurs de plus en plus vives au moment des rapports.

Règles régulières normales. Aucun passé pathologique génital — pas de pertes blanches — pas de fausse couche. L'interrogatoire permet d'éliminer un vaginisme mental.

Pas de lésions vulvaires, mais le toucher vaginal est intolérable pour la malade. Le toucher rectal réveille une douleur vive au niveau de la cloison recto-vaginale.

On fait cesser tout essai de rapports avec le mari et toute injection, et le D^r Meurs commence à la traiter par voie rectale : effleurage léger et vibrant — séances d'abord quotidiennes puis tous les deux jours. Amélioration nette dès la 5^e séance, on continue à traiter par voie vaginale.

L'introduction du doigt, le massage sont de mieux en mieux tolérés par la malade, et après 15 séances ne réveille plus aucune douleur.

La femme peut reprendre une vie génitale normale.

2° *La cellulite post opératoire* est assez fréquente, apparaissant en particulier chez des femmes offrant par ailleurs un terrain favorable à son développement (diathèse arthritique, troubles hépato-digestifs avec nutrition cellulaire défectueuse) chez lesquelles la cicatrice opératoire par le traumatisme tissulaire qu'elle entraîne joue le rôle de point d'appel autour duquel elles localisent leur cellulite.

Cette cellulite sera particulièrement fréquente chez les hystérectomisées. La castration précoce favorisant encore par le déséquilibre neuro-glandulaire qu'elle entraîne, le développement de cette cellulite. (Thèse de Mlle Hirsch : Cellulite et ménopause). La radiothérapie à dose de castration jouera le même rôle pour la même raison.

OBSERVATION XIII (*personnelle*).

Mme V.... 50 ans — vient à la consultation de Broca en décembre 1931 se plaignant de douleurs vives au niveau de son abdomen — opérée en 1925 : hystérectomie subtotale pour fibrome.

Dès l'année suivante, elle commence à souffrir de la région sous-ombilicale — les douleurs augmentent peu à peu, deviennent aussi fortes la nuit que le jour — la femme ne supportant pas le contact des draps — le port d'une ceinture est impossible.

Examen : Le toucher montre un col mobile, la cavité pelvienne est libre, mais infiltrations cellulitique de la paroi abdominale surtout à gauche avec nodosités très douloureuses — crépitation cellulitique. — Par ailleurs, foie gros et sensible — entérite chronique — subictère des conjonctives;

Traitement : frictions circulaires et pétrissage de la pa-

roi — premières séances très courtes — légères — on obtient une réaction vaso-motrice nette en Deux minutes.

Dès la sixième séance, amélioration nette. La malade supporte sa ceinture. A la 12^e séance, on ne sent plus d'infiltrations, le pli épais formé avec la peau et le tissu sous-cutané n'est plus douloureux. La malade est considérée comme guérie quant à la localisation de la paroi abdominale. Un mois après, elle revient en se plaignant de douleurs au niveau de la région lombaire gauche — Nouvelle infiltration cellulitique que l'on traite de la même manière.

OBSERVATION XIV (*personnelle*).

Mme B., 47 ans — Radiothérapie pour utérus fibromateux et hémorragique en décembre 1930. — Ménopause obtenue, après 10 séances quotidiennes suivant la technique du D^r Lehmann, radiologue de l'Hôpital Broca.

Revue en février, très bien — n'a plus aucune perte de sang — ne souffre pas. Le 20 mars, elle revient consulter dans le service pour douleurs pelviennes presque continues, surtout marquées à la marche et dans la station debout prolongée.

Examen : (professeur J. L. Faure) — Fibrôme enclavé, fixé par une infiltration cellulitique, est adressée dans le service de Kinésithérapie. En 6 séances de massage vagino-abdominal, libération — de l'utérus fibromateux. On le ramène facilement en bonne position — la malade ne souffre plus — Revient en mai 31 pour douleurs au niveau de la paroi abdominale. Infiltration cellulitique de la paroi latéro-ombicale gauche — très améliorée en 8 séances.

En février 32, elle revient se plaignant à nouveau de sa paroi, à droite cette fois, et de douleurs au niveau de la nuque.

Examen : Utérus mobile en bonne position. Cellulite de la paroi, ne souffre plus au bout de 8 séances de massage.

En avril, se plaint de céphalée : infiltration cellulitique des parties latérales ou postérieures du cou, avec points douloureux occipitaux. En traitement actuellement pour cette nouvelle localisation.

Ces deux observations montrent bien l'influence du terrain favorable aux localisations multiples de la cellulite, la castration chirurgicale ou radiothérapie en favorisant encore l'éclosion.

3° La Kinésithérapie pourra être un auxiliaire précieux du chirurgien dans certaines manifestations douloureuses après ligamentopexie.

OBSERVATION XV (*personnelle*).

Mme A..., 27 ans, vient consulter en novembre 1931.

Opérée en juillet 30, ligamentopexie pour rétroversion et appendicectomie. Trois mois, après, douleurs les jours précédant les règles et pendant les règles. Les mictions deviennent fréquentes, douloureuses et quand elle vient consulter, les douleurs sont continuelles, pesanteur pelvienne, douleurs dans les reins, mictions fréquentes et très douloureuses.

Examen : Utérus petit en antéflexion fixée — non mobilisable — douleurs à tout essai de mobilisation — douleur au toucher au niveau du plancher urétral.

Diagnostic : cellulite autour de la fixation — cellulite du plancher urétral — compression vésicale par le fond de l'utérus fixé.

Traitement : massage circulaire abdominal — vibrations — effleurage du plancher — manœuvres d'étirement progressives et prudentes.

Amélioration nette après 4 séances. — L'utérus se mobilise — les besoins d'uriner sont moins fréquents. En décembre, après 10 séances se trouve très bien. Ne présente plus aucun trouble. Arrêt du traitement.

Revue en mai 1932 — très bien au point de vue fonctionnel — au toucher, utérus en bonne position — mobile.

Nous avons eu pour but dans cette étude, de montrer le rôle essentiel de la kinésithérapie gynécologique dans le traitement de la cellulite pelvienne.

Ajoutons qu'il sera parfois utile d'associer certaines thérapeutiques ayant pour rôle de prévenir le développement ou l'aggravation de la cellulite.

1° *Eviter toute cause de stase pelvienne* : bonnes conditions hygiéniques, surveiller le bon fonctionnement intestinal, préconiser la vie active.

2° *Traiter toute infection locale*. Pansements, électrocoagulation ou cautérisations dans les cas de métrite du col, par exemple.

3° *Modifier le terrain* dont nous avons vu l'importance, comme facteur favorisant l'éclosion de la cellulite : Cures de désintoxications en cas de dysfonctionnement hépatique, de toxi-infections intestinales, traitement endocrinien, en particulier chez les femmes castrées, ou au moment de la ménopause.

CONCLUSIONS

1) La cellulite pelvienne joue un rôle capital dans les affections génitales chroniques de la femme.

2) Elle n'est qu'une variété de la cellulite généralisée décrite depuis longtemps par les Suédois. Elle est souvent associée à la cellulite abdominale sous-cutanée.

3) Elle évolue, au point de vue anatomique, en 4 phrases :

congestion,
infiltration œdémateuse,
organisation de l'infiltrat,
sclérose.

4) Son étiologie explique sa fréquence et son évolution particulièrement rapide vers l'hyperplasie et la sclérose. Elle est dominée par les notions suivantes :

a) infection génitale initiale, susceptible de se réveiller sous les multiples influences que nous avons précisées.

b) troubles circulatoires exagérés encore par les poussées congestives moliminaires, facteurs de stase chez la femme porteur de lésions utéro-annexielles ou de déviations.

5) Il existe différentes formes de cellulite pelvienne suivant le siège et le stade évolutif, pouvant

s'associer de manière variable et créer des syndrômes plus ou moins complexes.

5) La Kinesithérapie gynécologique est le mode de traitement primordial de la cellulite abdomino-pelvienne.

7) Son mécanisme est essentiellement d'ordre réflexe.

Son rôle capital est de régulariser la circulation pelvienne.

8) Elle est formellement contre-indiquée dans tous les cas de phénomènes infectieux en évolution.

9) Elle jouera un rôle important dans certains cas chroniques pour lesquels l'indication opératoire est discutable. Elle permettra en effet, d'une part de préciser l'état des lésions dégagées de leur gangue cellulitique, d'autre part elle facilitera l'acte opératoire.

10) La kinésithérapie gynécologique sera encore un auxiliaire précieux du chirurgien dans les cas de cellulite post-opératoire. Le traumatisme opératoire créant un point d'appel chez la femme prédisposée par un terrain neuro-arthritique, au développement d'une cellulite.

Vu le Président de la Thèse,
J.-L. FAURE.

Vu le Doyen,
BALTHAZARD.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
CHARLÉTY.

BIBLIOGRAPHIE

- L. ALQUIER. — Traité de pathologie (Sergent).
— Quelle place, la cellulite doit occuper en nosologie. Monde médical, 1^{er} novembre 1926.
— Cellulite et troubles circulatoires. Journal de Lucas Championnière, 25 décembre 1926.
— La cellulite. Monde médical, 15 avril 1923.
- ARAN. — Clinique des maladies de l'utérus, 1852.
- BERNUTZ et GOUPIL. — Cliniques médicales sur les maladies des femmes, 1852.
- BRANDT THURE. — Nouvelle méthode gymnastique et magnétique pour le traitement des maladies des organes du bassin et principalement des affections utérines. Paris, 1868.
— Die Bewegungscur, all Heilmittel gegen Weibliche Sogen. Unterleibsleiden und prolaps. Stockholm, 1880.
- BUNGE-OTTO. — Beiträge zur massage des unterleibes insbesondere des uterus und seiner annexa. Berlin, Wochen, 1882.
- BLOCH. — Traitement des maladies des femmes par le massage et la gymnastique. Indépendance médicale, 1898.
— Kinésithérapie des rétrodéviations. Revue de Cinésie, Av., 1901.
— Emploi de la Kinésithérapie dans le traitement des salpingites. Revue de Cinésie, 1908.
- BOURCART et SENTZER. — Affections utérines traitées par les vibrations mécaniques rapides. Annales de gynécologie, Paris, 1895.
— Kinésithérapie gynécologique. Bibliothèque de Gilbert et Carnot, 1909.
- BRALANT. — Méthode Brandt-Stapfer. Paris, 1901.
— Gros œdème ophoro-salpingien. Soc. de Knésith. février 1901.

- Cédèmes annexiels. Congrès de Physiothérap., 1911.
- CHÉRON. — Revue méd. chirurgicale des maladies des femmes, 1891.
- CHÉRON et BATUAUD. — Massage gynécologique. Revue méd. chirurgicale des maladies des femmes, 1896 et 1897.
- CONDAMIN. — La Douglassite. Lyon médical, 1926.
- La Fibro-conjonctivite et les processus sclérogènes du tissu conjonctif du bassin chez la femme. Vigot, édit., 1931.
- COLMAIRE. — La cellulite sous-cutanée ou panniculite, thèse Paris, 1899.
- COTTE. — Troubles fonctionnels de l'appareil génital de la femme. Masson, 1928.
- DUREY. — Manuel pratique de Kinésithérapie. Alcan, édit.
- MUREY et MEURS. — Massage et Rééducation. Gauthiers-Villars, édit., 1930.
- J.-L. FAURE et SIREDEY. — Traité de Gynécologie médioco-chirurgicale. Doin, 1928.
- FRUMERIE. — Le massage gynécologique. Paris, 1897.
- GEFFROY-ST-HILAIRE. — Les œdèmes abdomino-pelviens en gynécologie. Thèse de Paris, 1898.
- GUILLARMOU. — Valeur hémostatique de certains mouvements musculaires contre les ménos et métroragies chroniques. Thèse, Paris, 1896.
- HANRIOT. — Contribution à l'étude d'une des manifestations de l'arthritisme « la cellulite ». Thèse, Paris, 1913.
- HIRSCH MADELEINE. — Douleurs cellulitiques et ménopause. Thèse, Paris, 1928.
- HOGNER. — On the value of Kin. in gyn. Pract. J. M. Chicago, 1895.
- HARTENBERG. — Rapport sur la cellulite. Société de médecine de Paris, 23 avril 1923.
- JOSEPHSON. — Om den Manuel Behandl. of gynak. Lidanden. Stockholm, 1891.
- LAGÈZE. — Sciatique et Infiltrats cellulalgiques. Thèse Lyon, 1929.
- GUY, LAROCHE et MEURS. — Traitement de la cellulite. Paris médical, décembre 1931.

- LUTIKOFF. — La cellulite abdomino-pelvienne et son traitement par la Kinésithérapie. Thèse, Paris, 1911.
- MACWANGHTON. — Practical Manuel of diseases of Women and ut. Thérap. London, 1888.
- MASTROSTÉFANO. — Massage gyn. Mafcli, 1895.
- NORSTRÖM. — Sur le traitement des maladies des femmes par le massage. communication à l'Académie de Médecine de Paris, 1876.
- Massage dans les affections du voisinage de l'utérus et de ses annexes. Paris, 1892.
- NETTER LOUIS. — Le massage gynécologique. Monde médical, octobre 1927.
- Effets et mécanisme du massage gynécologique. Gynécologie et obstétrique, février 1928.
- POULIOT LÉON. — Cellulite pelvienne. Gynécologie et obstétrique, octobre 1930.
- PAVIOT. — Les cellulites : leur rapport avec troubles hépatodigestifs, leurs terrains. Journal de Médecine de Lyon, juillet 1926.
- ROMANO. — Effets dynamogènes cardio-vasculaires du massage. Thèse Paris, 1895.
- SAQUET. — Gymnastique ou massage en thérapeutique. Presse Médicale, 1904.
- Massage français, sa supériorité. Congrès de l'A.F.A. Revue de Cinésie, 1899.
- SIBIRTSOFF. — Traitement kinésique de certaines dysménorrhées. (Clinique de *Quincieu*). Thèse de Lyon, 1905.
- SCHAUTA. — Ueber gynacologische Massage Medicinische Wander-Vorträge, janvier 1899.
- SOSNOWSKA. — Traitement des maladies des femmes par la méthode de Brandt, 1893.
- Technique du massage gynécologique, 1922.
- STAPFER. — Traité de Kinésithérapie gynécologique, 1897. Maloine, édit.
- Congrès de Bordeaux, 1895, de Paris 1908-1911-1912.
- Les vagues utéro-ovariennes. Masson, 1912. Manuel pratique de Kinésithérapie. Fascicule 2.
- THEILABER. — Thure Brandt's Method. Berlin, 1888.

- VALLEIX. — Des inflammations du tissu cellulaire péri-utérin. Union médicale, t. IX, 1851.
- VIDERSTROM. — Om Myiter och cellutier i bäken-botten. Hygiæa, 1891.
- VIGNES HENRI. — Physiologie gynécologique et médecine des femmes.
- WETTERWALD. — a) La méthode de Brandt en Allemagne et en France. Revue de Cinésie, 1907.
- b) La pré-sclérose organique et son traitement manuel. II^e congrès de Paris.
- c) Appendicite, pseudo-appendicite, annexite. Archives de Kinésithérapie, 1909.
- d) Un cas typique de cellulite abdomino-pelvienne subaiguë. III^e congrès de Paris.
- e) Les cellulites. Journal démical français, sept. 1913.
- ZIEGENSFECK. — Treatment of diseases of Women by massage, 1890.
- ZALESOWA. — Le massage en gynécologie. Gazette médicale russe, 1892.

